

UNIVERSITE DE CLERMONT

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1968

N° 50

THÈSE

pour le

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

Louis VINCENS

Interne des Hôpitaux de Clermont-Ferrand

Né le 11 Juin 1939, à Treignac (19)

présentée et soutenue publiquement le 3 Décembre 1968.

**SUR UNE TECHNIQUE D'HEMOSTASE
DANS L'ADENOMECTOMIE PROSTATIQUE
PAR VOIE TRANSVESICALE**

(A propos de 450 observations)

Président : M. MERCIER, Professeur,

M. LATAIX, Professeur,

Membres du Jury : M. VIALLET, Professeur,
M. FOURRIER, Professeur Agrégé,
M. NEVEU, Chargé de Cours.

CLERMONT-REPRODUCTION

64, avenue Jean Noellet

63 - AUBIÈRE (1968)



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITE DE CLERMONT

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1968

N°

T H È S E

pour le

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

Louis VINCENS

Interne des Hôpitaux de Clermont-Ferrand

Né le 11 Juin 1939, à Treignac (19)

présentée et soutenue publiquement le 3 Décembre 1968.

SUR UNE TECHNIQUE D'HEMOSTASE DANS L'ADENOMECTOMIE PROSTATIQUE PAR VOIE TRANSVESICALE

(A propos de 450 observations)

Président : M. MERCIER, Professeur,

M. LATAIX, Professeur,

M. VIALLET, Professeur,

Membres du Jury : M. FOURRIER, Professeur Agrégé,

M. NEVEU, Chargé de Cours.

CLERMONT-REPRODUCTION

64, avenue Jean Noellet

63 - AUBIÈRE (1968)



Doyen : G. MEYNIEL,
Assesseur : M. COULET

Doyen Honoraire : M. CUVELIER Directeur Honoraire : M. MERLE.

Professeurs Honoraires : Mme BLANQUET, MM. BUREAU,
M. POMME

I - Professeurs Titulaires

MM. BARRIER	- Clinique Chirurgicale A
BASTIDE	- Chimie biologique et Pharmacodynamie
BAUDON	- Clinique obstétricale
BERGER	- Chimie analytique
BERGERON	- Pathologie médicale
COULET	- Botanique et microbiologie
CUVELIER	- Hydrologie et Climatologie
DASTUGUE	- Biochimie médicale
DAUPHIN	- Chimie Pharmaceutique et Toxicologie
DELAGE	- Anatomie Pathologique
FEBVRE	- Pharmacie Galénique
GRAS	- Clinique Médicale
JACQUEMET	- Technique chirurgicale
JALLUT	- Séméiologie médicale
LATAIX	- Pathologie chirurgicale
MERCIER	- Anatomie
MEYNIEL	- Biophysique médicale
MOLINA	- Clinique Pneumo-ptisiologique
PETIT	- Médecine légale et Médecine sociale
POROT	- Clinique neurologique et psychiatrique
POURRAT	- Matière médicale
Mele RAMPON	- Thérapeutique
MM. ROUHER	- Clinique ophtalmologique
TERRASSE	- Clinique médicale B
THIEBLOT	- Physiologie
THOMAS	- Clinique Oto-Rhino-Laryngologique
TRONCHE	- Pharmacie chimique
TURCHINI	- Histologie et Embryologie
VAURS	- Bactériologie et Hygiène
WILLEMIN-CLOG	- Clinique Médicale infantile

II - Professeurs Titulaires à titre personnel

M. CHAMPEIX	- Médecine Légale et Médecine du Travail
M. VIALLET	- Electro-Radiologie.

III - Professeurs sans Chaire.

MM. ALFIERI	- Biophysique Médicale
CLUZEL	- Bactériologie
DUCHENE-MARULLAZ	- Physiologie
GERMAIN	- Clinique Chirurgicale B
MENUT	- Pédiatrie et Puériculture.

IV - Maîtres de Conférences Agrégés.

Mlle CHATONIER	- Chimie minérale et Minéralogie
Mme GAILLARD	- Physique Pharmaceutique
Mme MOINADE	- Médecine générale et Thérapeutique
M. PIGNIDE	- Médecine générale
Mme POURRAT	- Botanique
M. VENRIES de LAGUILLAUMIE	- Anatomie Pathologique

V - Agrégés

MM. FOURRIER	- Orthopédie
HOUDARD	- Chirurgie Générale
JANNY	- Neuro-chirurgie
RENARD	- Pneumo-ptisiologie
TOURNILHAC	- Neurologie et Psychiatrie

VI - Délégués dans les fonctions de Maitres de Conférences.

MM. MALET	- Histologie et embryologie
MARCHEIX	- Médecine générale et Thérapeutique
PLAGNE	- Cancérologie

Attaché Principal : M. BERTHON
Conservateur de la Bibliothèque : M. ARCHIMBAUD

La Faculté décide que les opinions émises dans les travaux et mémoires présentés à l'occasion d'une soutenance de thèse de Doctorat en Médecine ou en Pharmacie doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner, ni approbation ni improbation. (Délibération en date du 6 Juin 1956).

— 7 — 7 — 7 — 7 — 7 — 7 — 7 — 7 — 7 — 7 — 7 — 7 — 7 — 7 — 7 — 7 —

A ma Grand'Mère

A ma Mère et à mon Père

Avec leur amour ils m'ont tout donné.
Qu'ils trouvent ici un bien faible témoignage de ma reconnaissance et de ma grande affection.

A mon Frère

A mes Soeurs

A tous les Miens

A tous mes Amis

A Monsieur le DOYEN

Monsieur le Professeur MEYNIEL

Doyen de la Faculté

Professeur de Biophysique

Docteur ès-Sciences

Chevalier de la Légion d'Honneur

Croix de Guerre T.O.E.

Officier des Palmes Académiques

En hommage de notre profond respect.

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur MERCIER

Professeur d'Anatomie

Spécialiste de la chirurgie difficile, il ne se départit jamais dans sa réalisation de la plus exacte courtoisie.

De son audace réfléchie, de sa rigueur, nous avons appris un art de vivre chirurgical.

Nous garderons le souvenir et la nostalgie des matinées à la fois savantes et détendues, studieuses et émaillées d'humour.

Nous l'assurons de notre profond attachement.

A NOTRE JURY DE THESE

Monsieur le Professeur LATAIX

Professeur de Pathologie Chirurgicale

Membre Associé National de l'Académie de Chirurgie

Officier des Palmes Académiques

Nous avons eu le privilège de bénéficier de son enseignement riche et clair pendant notre internat. Qu'il nous soit permis à cette occasion, de lui témoigner notre profonde et respectueuse reconnaissance.

Monsieur le Professeur VIALLET

Professeur d'Electroradiologie

Electro-Radiologiste des Hôpitaux

Chevalier des Palmes Académiques

Croix de Guerre 1939-1945

Nous avons été conquis d'emblée par son enthousiasme et son dynamisme. Nous avons toujours été accueilli en ami dans son service. Qu'il trouve ici l'expression de notre respectueuse admiration.

Monsieur le Professeur Agrégé FOURRIER

Agrégé d'Orthopédie

Chirurgien des Hôpitaux.

Nous avons apprécié ses grandes qualités didactiques et nous avons été touché par les marques de sympathie qu'il nous a toujours témoignées.

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de notre profonde reconnaissance.

Monsieur le Docteur NEVEU

Chirurgien Urologue des Hôpitaux

Officier des Palmes Académiques

Chargé de cours d'Urologie.

Il est notre Maître.

Il est impossible d'énumérer dans une simple dédicace tout ce que nous lui devons.

Ce modeste travail que nous lui dédions n'est qu'un pâle reflet de la respectueuse reconnaissance et de l'immense gratitude que nous tenons à lui témoigner ici.

A Monsieur le Docteur BOURDEIX

Nous avons eu le privilège d'être son premier interne.

Il nous a enseigné la patience et la minutie nécessaires à l'accomplissement du travail bien fait.

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de notre sincère reconnaissance.

A Monsieur le Docteur LAURAS

Il nous a toujours fait bénéficier de sa profonde expérience et de ses conseils éclairés avec la plus grande bienveillance.

Nous l'assurons ici de notre profonde gratitude.

A Monsieur le Docteur CHANAL

Pendant six mois, il a bien voulu reprendre la place de l'aide pour guider nos opérations.

Nous sommes heureux de lui exprimer nos vifs remerciements et notre sincère attachement.

A Monsieur le Docteur AILLOT

En salle d'opération, sa gentillesse et son humour ont toujours été pour nous un réconfort dans les moments délicats.

Nous l'assurons de notre respectueuse amitié.

A Monsieur le Docteur FRANCANNET

Il a bien voulu nous confier ses observations.

Nous l'en remercions très sincèrement.

A NOS MAITRES D'EXTERNAT

Monsieur le Professeur BERNARD-GRIFFITHS

In Memoriam

Monsieur le Professeur TERRASSE

Mademoiselle le Professeur RAMPON

Monsieur le Professeur JALLUT

En nous accueillant dans leur service,
ils nous ont donné la formation médicale
indispensable à l'exercice d'une bonne
chirurgie.

Qu'ils soient assurés de notre respec-
tueux souvenir.

A NOS MAITRES D'INTERNAT

Monsieur le Professeur BARRIER

Son autorité, sa grande maîtrise professionnelle, son enseignement au lit du malade nous ont particulièrement touché.

Monsieur le Professeur GERMAIN

Monsieur le Docteur LECOCQ

Monsieur le Docteur GAILLARD

Monsieur le Docteur ROUGIER

Monsieur le Docteur MAGNE

Monsieur le Docteur TEINTURIER

Monsieur le Docteur DALLE

Monsieur le Docteur AMATHE

Ils nous ont fait bénéficier de leur expérience et de leurs conseils.

Qu'ils trouvent ici l'expression de nos sentiments reconnaissants.

A NOS CONFERENCIERS D'EXTERNAT et D'INTERNAT

Monsieur le Docteur A. LABADIE

Monsieur le Docteur J. PENAULT

Monsieur le Docteur J. Cl. MARCHEIX

Monsieur le Docteur M. PERNY

Monsieur le Docteur G. VANNEUVILLE

Monsieur le Docteur R. PLAGNE

Ils ont permis la réalisation de notre
rêve le plus cher : être chirurgien.

Nous les assurons de notre reconnais-
sance et de notre sincère amitié.

A MES CAMARADES

J. JOURDE
Interne des Hôpitaux

G. MALPUECH
Interne des Hôpitaux

En souvenir des nombreuses heures de
travail passées ensemble.

Qu'ils restent les amis sûrs des bons
et des mauvais jours.

A TOUS MES AMIS ASSISTANTS, INTERNES,
EXTERNES.

AUX INFIRMIERES DU SERVICE D'UROLOGIE

Nos opérés ont toujours bénéficié de
leur grande compétence.

A MADAME M. COURTINE

A MADAME A.M. JOURDE

Leur collaboration fut particulièrement
précieuse dans l'élaboration de ce travail.

Nous leur exprimons nos plus sincères
remerciements.

A MON PAYS : LA LOZERE

" ... qui nous comble plus d'amour encore
que d'émerveillements et qui, à tout moment,
cherche et trouve notre coeur ".

Ch. SYLVESTRE

INTRODUCTION

" La meilleure prostatectomie est pour chacun de nous celle que nous savons faire, celle dont nous avons des années d'habitude " .

J. CIBERT

Au cours de notre année d'internat dans le Service de notre Maître le Docteur NEVEU, nous a été donné le privilège de nous familiariser avec une technique de prostatectomie dont la qualité des résultats a retenu notre attention.

Nous avons été particulièrement séduit par le caractère aussi peu hémorragique que possible des suites opératoires immédiates. Aussi est-ce avec un certain enthousiasme et la conviction de faire œuvre utile - pour avoir nous-même effectué avec succès, selon cette méthode, nos premières prostatectomies - que nous avons entrepris ce travail.

.

. .

Le titre de notre Mémoire précise sans équivoque quel est son véritable objectif et qu'il n'est pas dans nos intentions de nous " égarer " dans les redites des traditionnelles " Revues Générales ".

Désirant donner au sujet choisi une portée avant tout pratique, nous l'avons exclusivement consacré à l'un des problèmes les plus préoccupants de la chirurgie de l'adénome prostatique, celui des hémorragies post-opératoires immédiates, aspect certes restrictif, mais dont l'importance ne saurait échapper.

Il n'est pas de chirurgien qui ne soit " hanté " par les hémorragies graves susceptibles de survenir dès le retour de l'opéré dans son lit ou dans les heures qui suivent l'intervention.

Nul ne l'ignore. En effet, de telles hémorragies compromettent parfois gravement les suites opératoires et peuvent, dans certaines circonstances, imposer la réintervention d'urgence. A cet égard, de grandes statistiques nous fournissent quelques chiffres significatifs :

DELINOTTE (Thèse de MALHERBE - PARIS 1962), relève sur 1548 adénomectomies, quinze hémorragies graves nécessitant des réinterventions, dont sept furent mortelles.

MICHON (Thèse PARIS 1951), signale sur 443 adénomectomies, douze hémorragies, dont huit ont nécessité une réintervention et quatre furent mortelles.

FEY (Thèse de GRILLET - PARIS 1961) sur 120 opérés (selon la technique de P. FABRE) rapporte six accidents hémorragiques sévères dont un nécessita un méchage rapide et trois autres furent mortels.

PRESSMAN en 1962 rapporte sur 241 Millin, quinze hémorragies importantes.

LEANDER & RIBA publient 3,5 % de cystostomies pour hémorragies graves.

CIBERT, en 1964, rapporte sur 300 cas de Millin, onze hémorragies immédiates, sept ayant imposé une réintervention d'urgence avec méchage, les quatre autres, ayant nécessité de nombreuses aspirations de caillots pendant les quarante-huit premières heures.

Ainsi, de toute évidence, même entre les meilleures mains, l'adénomectomie demeure une opération aux suites sanglantes et dont la mauvaise réputation est à ce titre encore justifiée.

Il n'est donc pas surprenant que les problèmes posés par ces hémorragies post-opératoires immédiates continuent de susciter un vif intérêt et que le louable souci de l'hémostase ait inspiré tant de techniques de prostatectomies.

.
.
.

A l'exemple de nombreux Urologues, notre Maître, le Docteur NEVEU, s'est intéressé à ce problème.

C'est ainsi que, depuis 1963, il utilise une technique d'hémostase qu'il " s'est constituée " en empruntant " ici et là " aux techniques " classiques " ce qu'il a jugé le meilleur, et en associant un artifice personnel qui confère à cette technique sinon une grande originalité, tout au moins une indiscutable efficacité .

CHAPITRE I

LES SOURCES DE L'HEMORRAGIE

Avant d'entrer dans le vif du sujet, nous pensons qu'il n'est pas inutile de rappeler - ne serait-ce que très brièvement - quelles sont les sources du saignement dans l'adénomectomie.

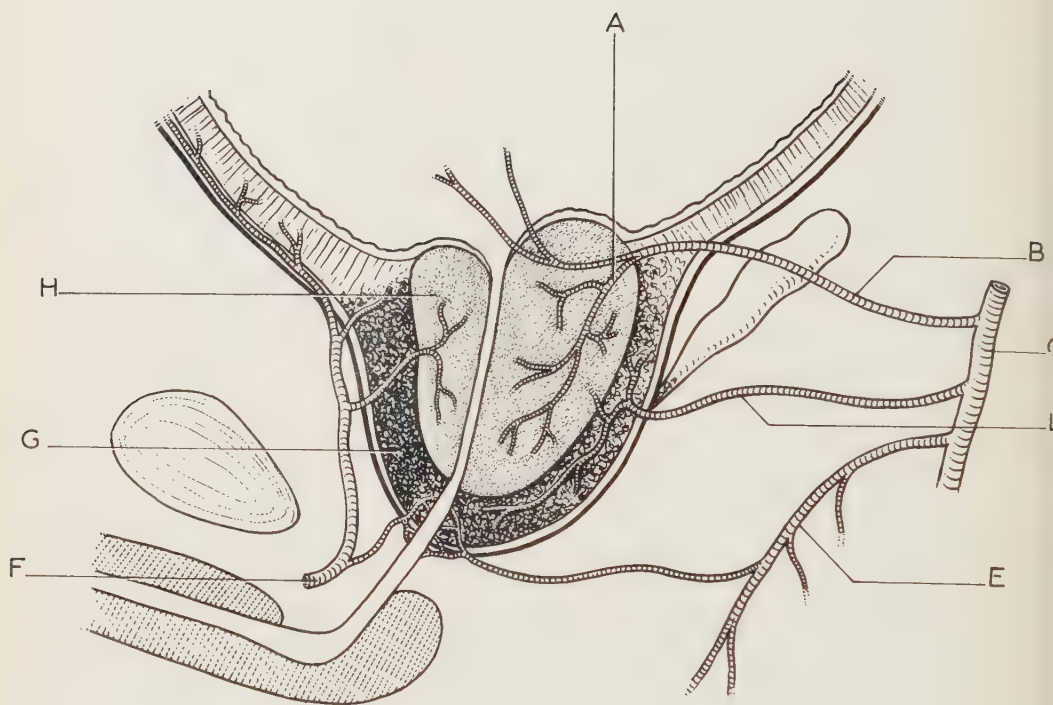
L'exérèse d'un adénome prostatique par voie trans-vésicale (1) exige trois gestes essentiels qui permettent d'en réaliser l'énucléation :

- 1° - Une incision circulaire au pourtour du relief péri-cervical de l'adénome.
- 2° - Un dégagement de la néo-formation glandulaire sur tout son pourtour en " profitant " du plan de clivage qui la sépare de la coque prostatique.
- 3° - Une section de l'urèthre au-dessus du veru-montanum.

Il existe donc trois zones de saignement (schéma n° 1)

- la tranche de section péri-cervicale.
- les parois de la loge de l'adénome.
- la tranche de section uréthrale.

(1) La seule voie d'abord que nous envisageons ici.



SCHEMA N° 1

VASCULARISATION de l'ADENOME PROSTATIQUE

- A - Branche de division inférieure de l'artère vésico-prostatique.
- B - Artère vésico-prostatique.
- C - Tronc antérieur de l'artère hypogastrique.
- D - Artère prostatique.
- E - Artère hémorroïdale moyenne.
- F - Branche de l'artère honteuse interne.
- G - Coque prostatique.
- H - Adénome.

(d'après TALAZAC)

I - LA TRANCHE de SECTION PERI-CERVICALE.

L'hémorragie provient à la fois :

- de la muqueuse vésicale, habituellement hyper-vascularisée, voire angiomateuse ;
- et du plan sous-muqueux particulièrement vasculaire à 4 H et à 8 H, là où sont sectionnés les pédicules artériels nés de l'artère vésico-prostatique (TALAZAC).

II - LES PAROIS de la LOGE DE L'ADENOME.

L'énucléation ouvre sur l'étendue du plan de cli-vage les quelques artéριοles venues de l'artère prostatique qui pénétraient au sein de l'adénome (TALAZAC).

III - LA TRANCHE de SECTION URETHRALE.

A ce niveau, l'importance du saignement est expliquée par l'existence d'un réseau vasculaire aux mailles très serrées, formé par la terminaison de l'artère prostatique qui " réalise un véritable bouquet de rameaux artériels qui tombent en pluie autour de l'urèthre sous-montanal " (TALAZAC) et par les anastomoses entre cette artère prostatique et les branches des artères honteuse interne et hémorroïdale moyenne.

.

. .

COMMENT CONTROLER CES SOURCES DE SAIGNEMENT ?

Notre technique d'hémostase fait appel :

- 1° - Pour l'hémostase du col, à l'électro-coagulation selon la technique de P. FABRE ;

2° - Pour l'hémostase des parois et du fond de la loge d'énucléation :

- à l'électro-coagulation;
- à la compression par sonde-ballon, selon le procédé de DELINOTTE, amélioré par un artifice assurant la fixation du ballon dans la loge.

Telle est, dans ses grandes lignes, la technique utilisée.

Ajoutons qu'elle exige une voie d'abord large, condition nécessaire à son exécution correcte et, par là même, à son efficacité.

CHAPITRE II

LA TECHNIQUE

I - LA VOIE D'ABORD .

Pour obtenir un jour suffisant sur la région cervico-prostato-trigonale - condition essentielle, répétons-le, à la réalisation de la technique d'hémostase que nous proposons - la voie d'abord doit comprendre essentiellement :

- 1° - Une incision médiane sus-pubienne d'une longueur de 8 à 12 cm selon l'épaisseur de la paroi abdominale.
- 2° - L'ouverture transversale de la vessie se situant à mi-distance du dôme vésical et de la symphyse pubienne (1) obtenue par dilacération transversale au clamp courbe à partir d'une ponction au bistouri.
- 3° - La mise en place de l'écarteur de HRYNTSCHAK, instrument dont nous ne saurions plus nous passer.

(1) trop basse, elle exposerait à des difficultés au temps de la fermeture ; trop haute, l'auvent de la berge inférieure serait gênant.

II - L'HEMOSTASE.

Elle ne saurait être entreprise sans avoir au préalable (Figures 2 et 3) :

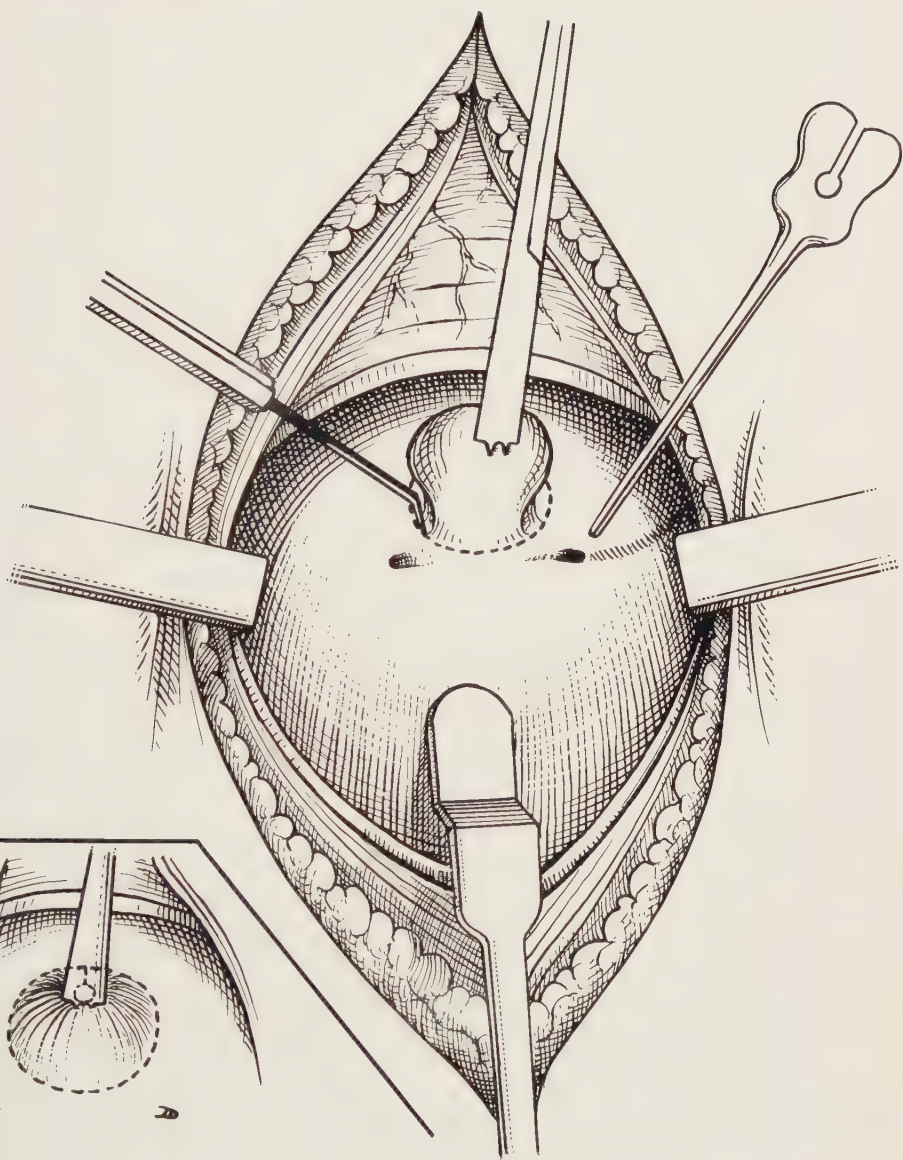
- saisi à l'aide d'une pince de MUSEUX à 2 griffes, immédiatement en arrière du col vésical, le relief de l'adénome ou son lobe médian.
- repéré avec précision les 2 orifices urétéraux :
soit à la vue (1) ;
soit avec l'aide de l'extrémité d'une sonde cannelée.

. . .

LE PREMIER TEMPS DE L'HEMOSTASE comporte suivant la technique de Pierre FABRE :

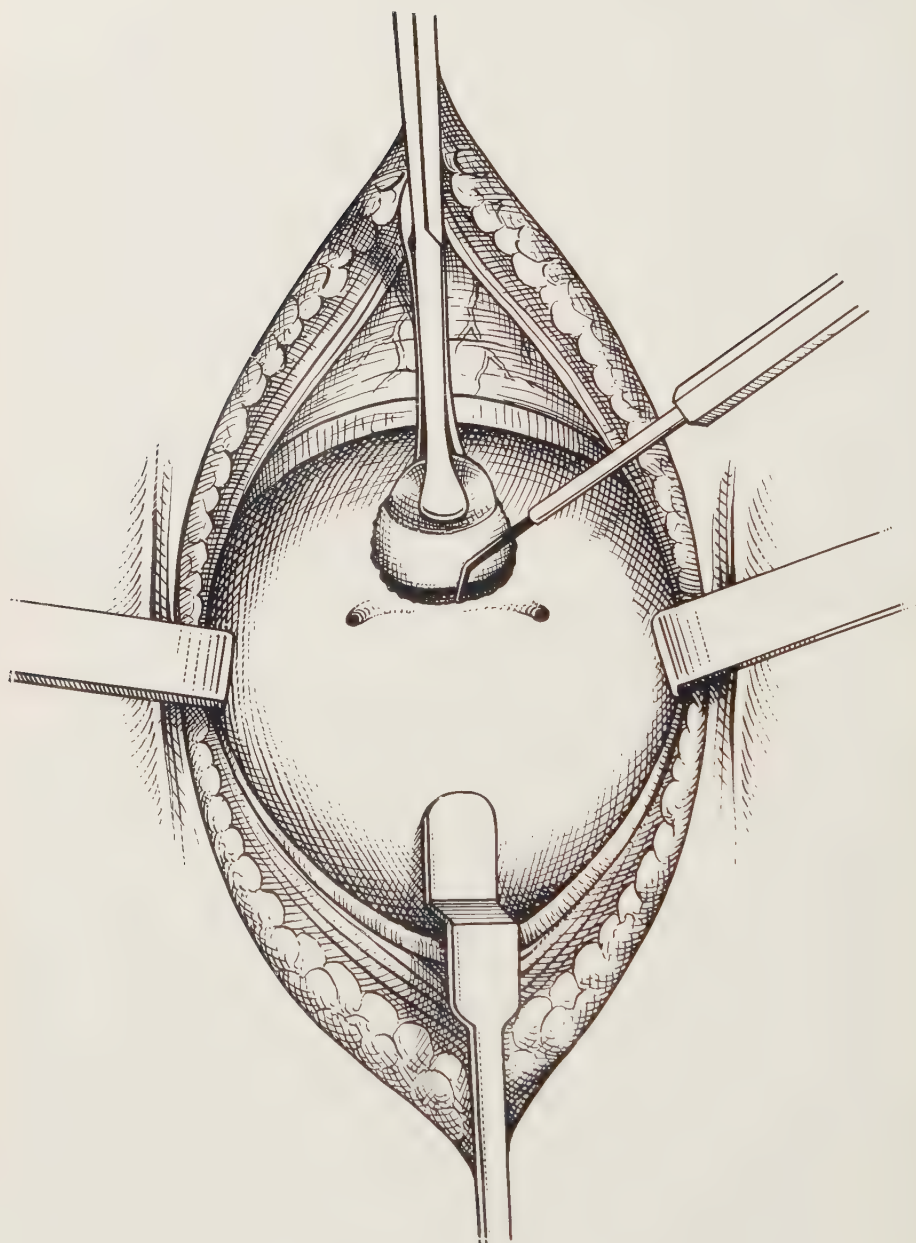
- Le tracé au bistouri électrique (courant coagulant) de la ligne de la future section vésicale au pourtour du relief de l'adénome. Passant près du col en avant, cette ligne s'en éloigne en arrière :
- " Le plus en arrière possible pour préparer une cicatrisation ultérieure sans éperon, mais assez éloignée des orifices urétéraux pour que ceux-ci ne courent aucun risque " (P. FABRE) - (Figures 2 et 3).

(1) découverte facilitée par la constatation d'éjaculations urétrales souvent puissantes provoquées par une diurèse " forcée " (sérum glucosé à 30 % intra-veineux).



- Figure 3 -

- Figure 2 -



- Figure 4 -

- A partir de cette zone de coagulation superficielle intéressant la muqueuse vésicale et ses vaisseaux, l'incision sera conduite en profondeur, au courant coupant, jusqu'au plan résistant de l'adénome (Figure N° 4).

Au fur et à mesure de cette incision, l'hémostase est minutieusement assurée par électro-coagulation :

- sur pince des vaisseaux qui saignent en jet.
- directe de ceux qui saignent en nappe.

Ainsi est obtenue une section nette et pratiquement exsangue du " couvercle " de l'adénome dont l'énucléation digitale sera effectuée alors après avoir retiré l'écarteur vésical.

.

. . .

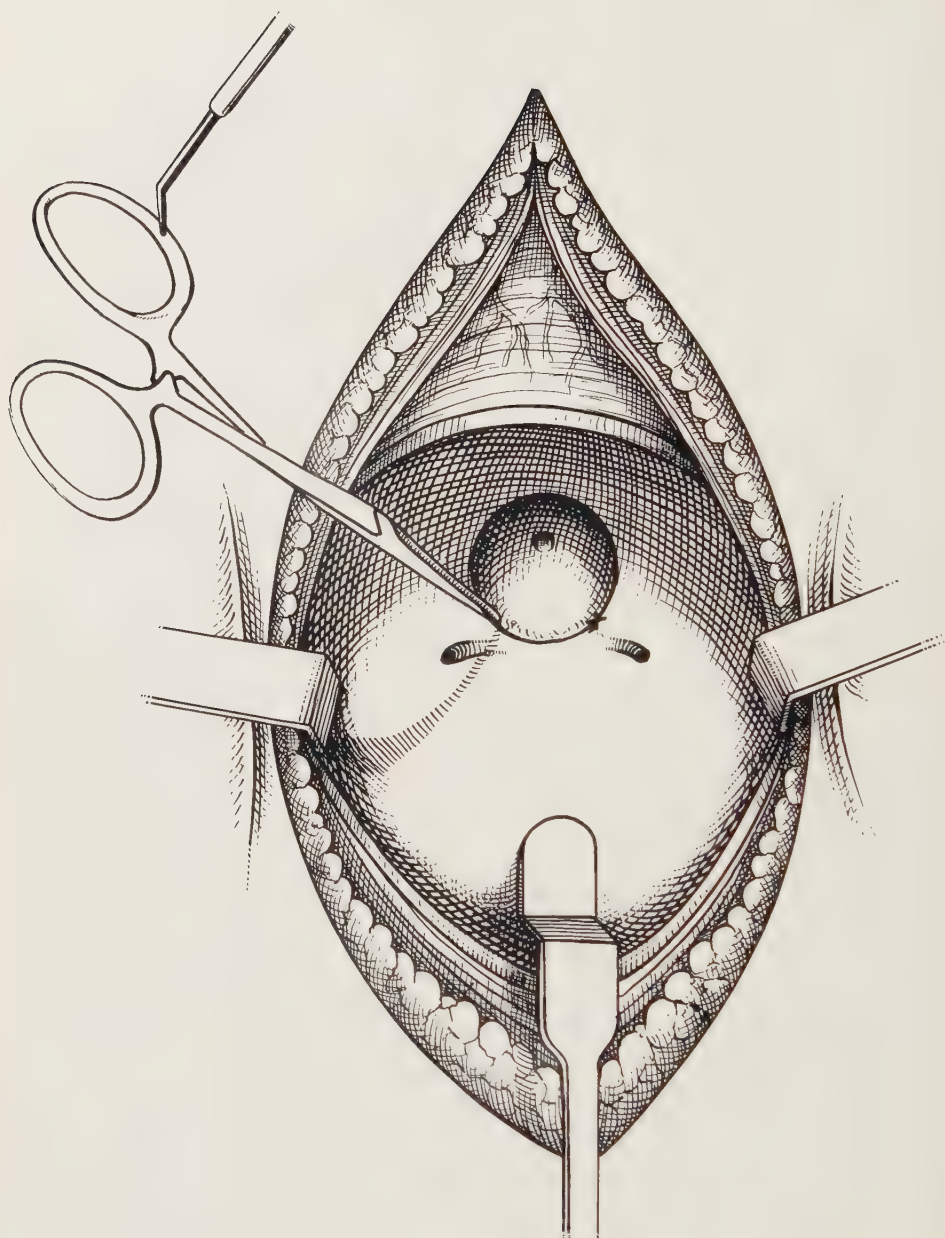
Ce temps achevé, l'adénome étant extrait de la cavité vésicale et l'écarteur de HRYNTSCHAK remis en place, s'impose alors l'exploration soigneuse de la loge d'adénomectomie.

Elle est facilitée par :

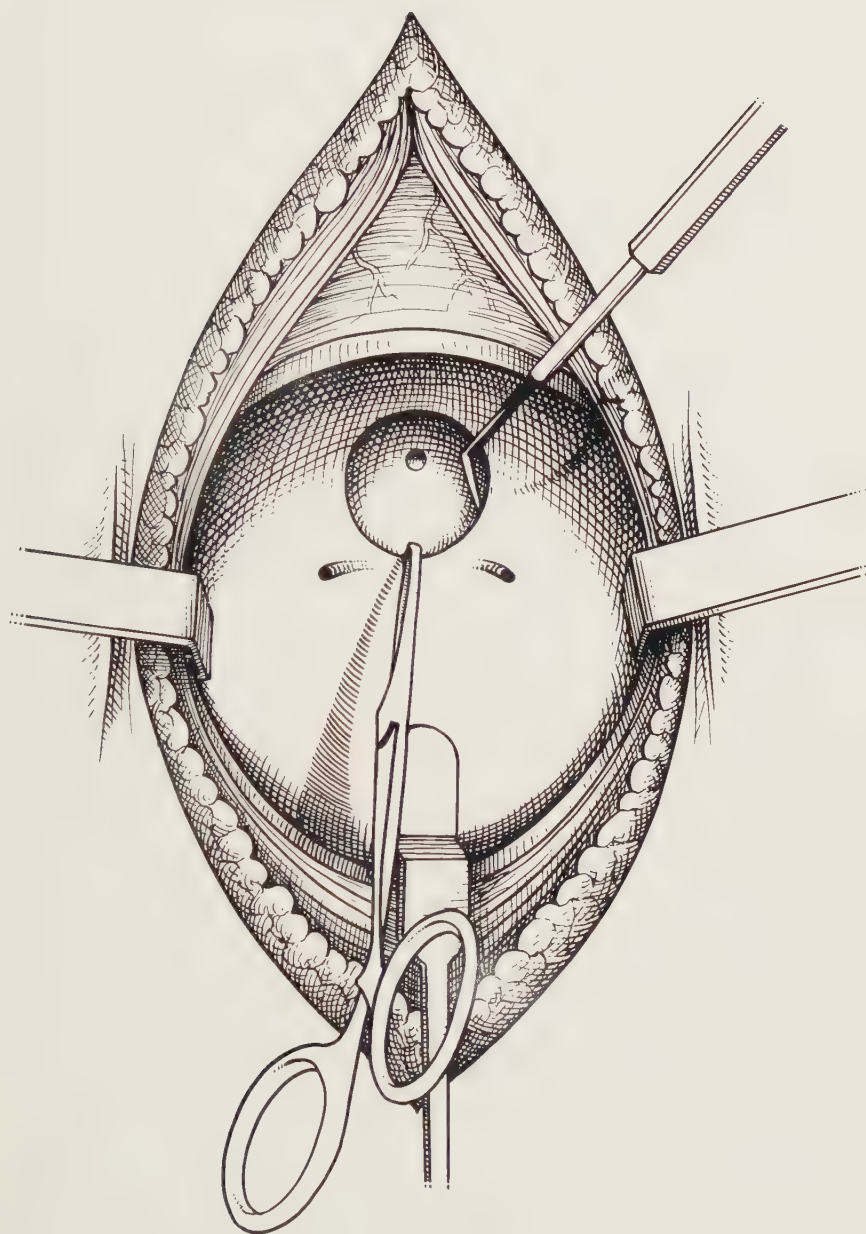
- l'utilisation de l'aspirateur.
- l'amarrage de la lèvre postérieure du col solidement saisie et soulevée en son milieu par une longue pince de KOCHER.

Cette exploration a pour objectif essentiel :

- le parage de la loge (suppression des lambeaux capsulaires).
- et surtout la réalisation du DEUXIEME TEMPS DE L'HEMOSTASE (Figures 5 et 6).



- Figure 5 -



- Figure 6 -

Il est effectué par électro-coagulation sur pince ou directe de ce que l'on voit saigner en jet ou suinter en nappe :

- au niveau du col.
- au niveau des parois et du fond de la loge, sans " négliger " la paroi antérieure, siège fréquent, nous l'avons constaté, de foyers hémorragiques importants.

Nous insistons sur l'intérêt de ce temps d'hémostase qui exige que lui soit consacré tout le temps nécessaire.

.

. . .

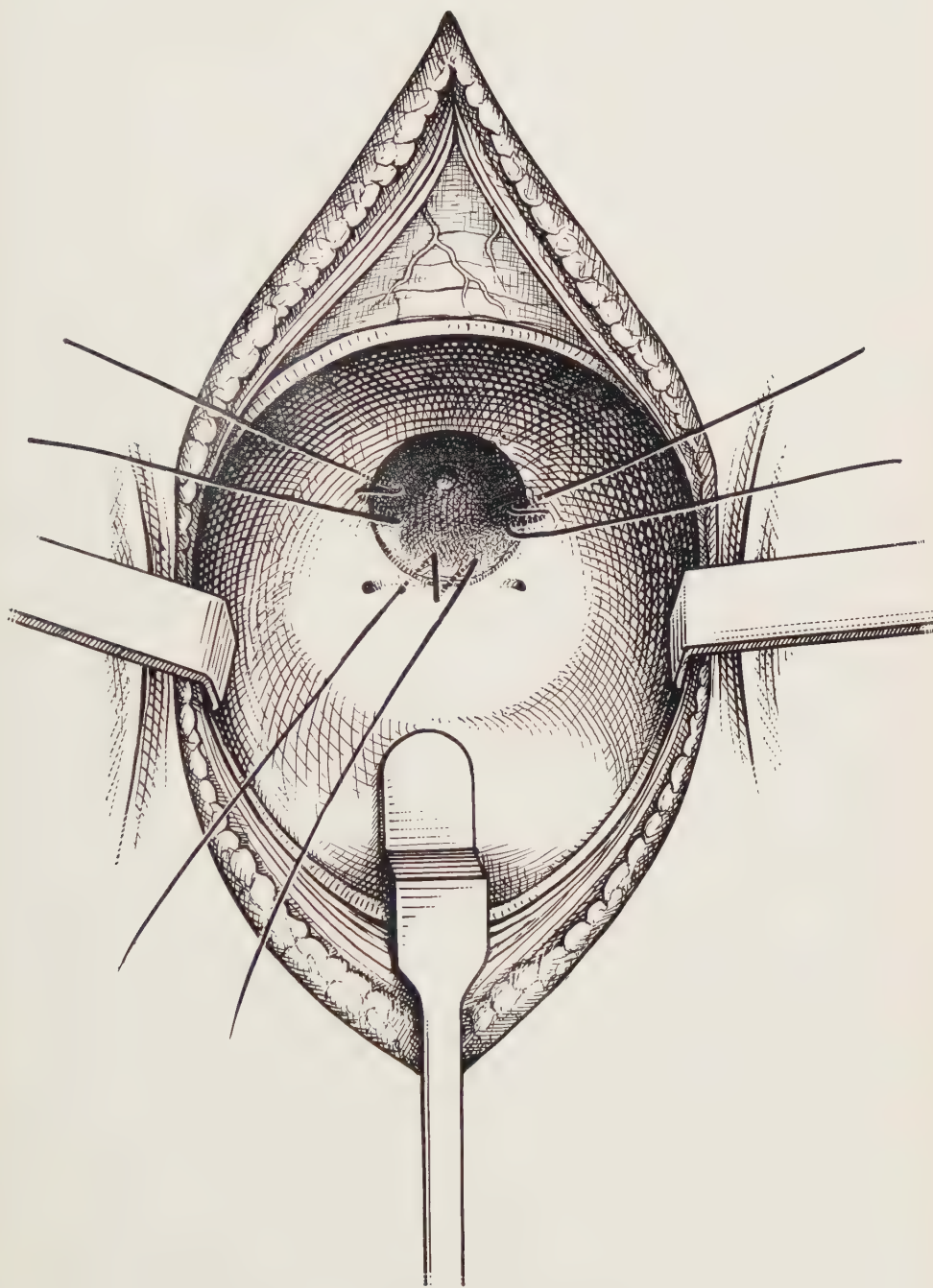
C'est à la compression des parois de la loge par la Sonde Ballon de DELINOTTE que sera maintenant confié le TROISIEME TEMPS DE L'HEMOSTASE.

Mais l'efficacité de ce procédé ne saurait se concevoir sans que le ballonnet soit solidement maintenu dans la loge. C'est pour répondre à cette exigence que nous utilisons un artifice personnel dit du " filet " qui mérite une description détaillée (Figures 7-8 et 9).

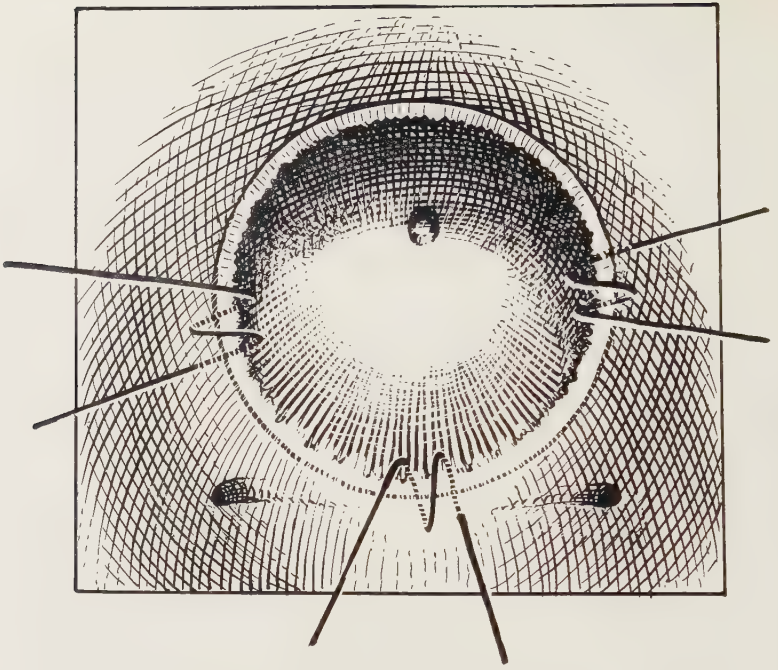
Il consiste à placer au pourtour de l'orifice cervical 3 points en X de CATGUT 000 :

- un point médian sur son bord postérieur (1);
- deux points latéraux aux deux extrémités de son diamètre transversal étant bien entendu :
 - a) que chacun de ces points (placés à l'aide d'une longue aiguille de Bergeret) doit prendre solidement tout à la fois l'épaisseur de la tranche de section cervicale et le bord libre de la loge prostatique.

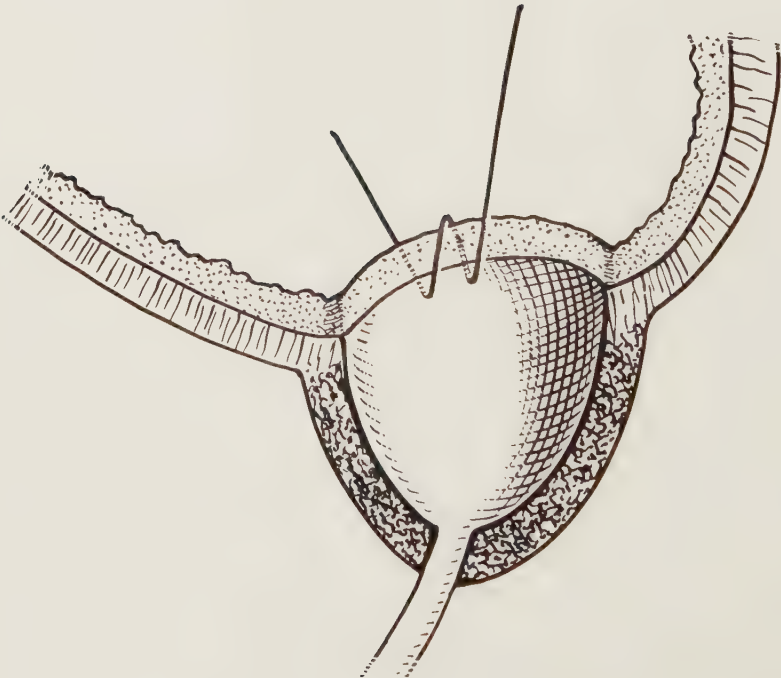
(1) de part et d'autre de l'extrémité de la pince de Kocher précédemment posée sur cette lèvre.



- Figure 7 -



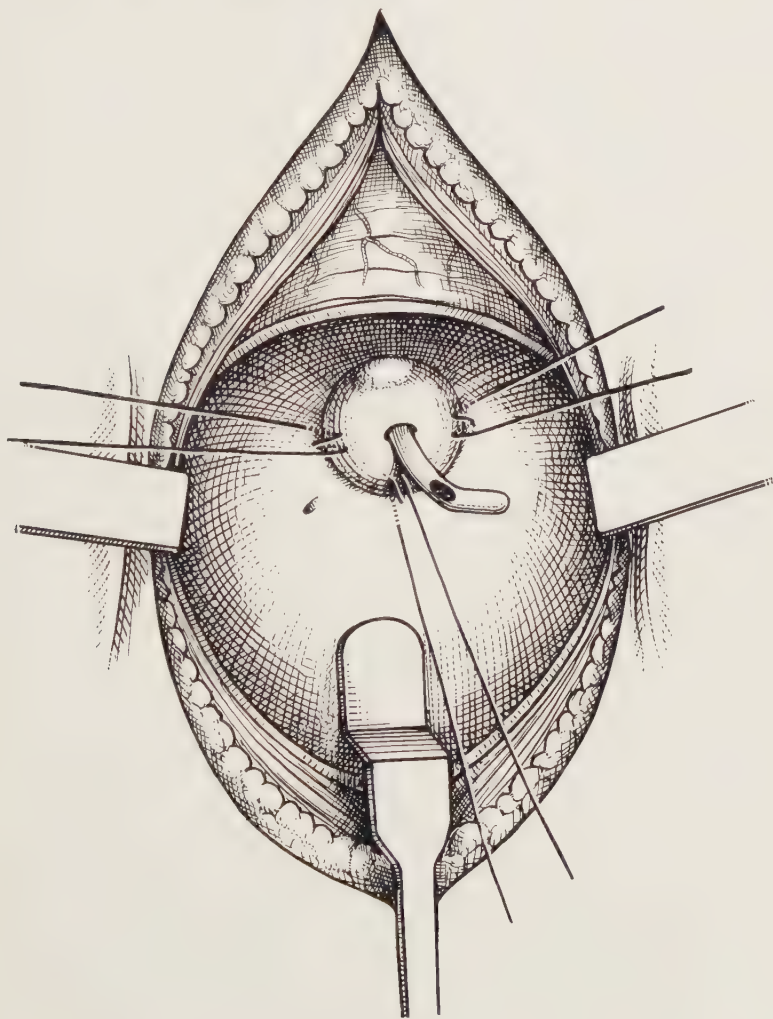
- Figure 8 -



- Figure 9 -

- b) qu'une forte traction sur ce point soit possible sans déchirer le col.
- c) que les deux chefs de ces points, conservés longs sur une pince repère, ne doivent pas être noués.

Après avoir ainsi préparé la fixation du ballonnet, nous introduisons la sonde de Delinotte. Puis sous le contrôle du doigt et de la vue de l'opérateur, son ballon sera très progressivement gonflé au sérum physiologique jusqu'à ce qu'il occupe la totalité de la loge sans toutefois dépasser le col qu'il doit seulement affleurer (Figure 10).

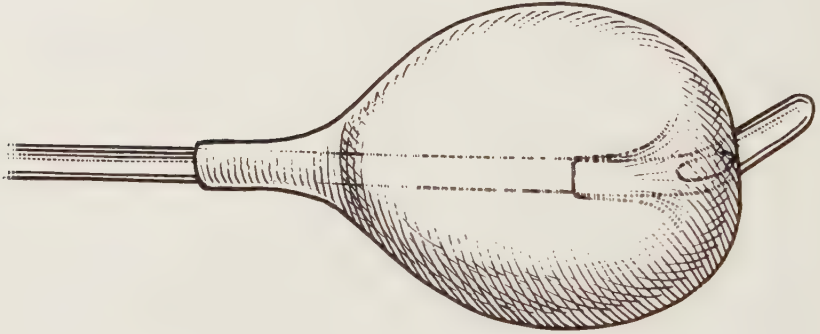


- Figure 10 -

Au cours de ces manœuvres, nous devons apprécier les qualités du matériel utilisé.

C'est ainsi, et nous y insistons, qu'il faut exiger que le ballonnet gonflé :

- ait une bonne consistance, une certaine rénittance, qu'il soit " tonique ". Un ballonnet " mou " trop facilement dépressible ne saurait être utilisé.
- nous rejetons également ceux dont la baudruche se gonfle de façon asymétrique ou tend à recouvrir les yeux de la sonde (Figure 11).

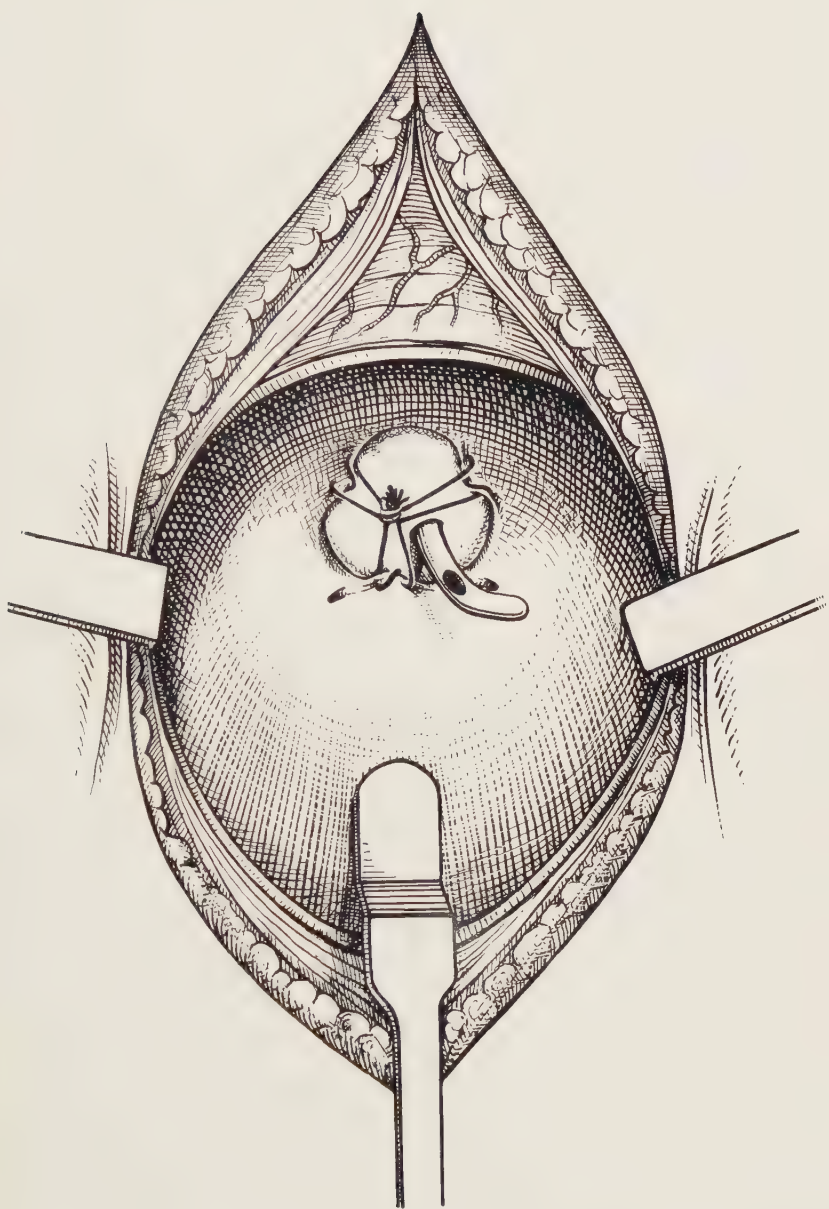


- Figure 11 -

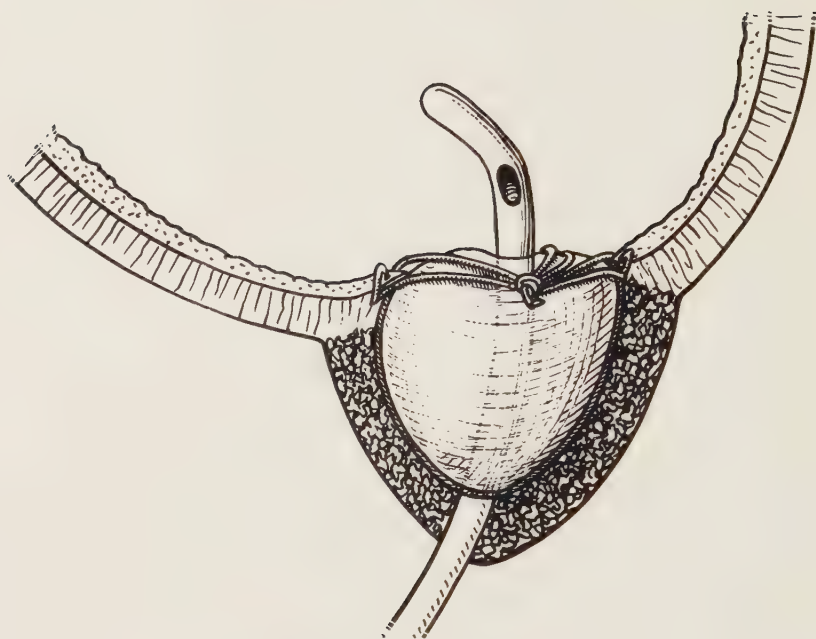
La fixation du ballonnet en bonne place est obtenue en solidarisant par un nœud double :

- d'une part, les 2 points cervicaux latéraux ;
- d'autre part, le point cervical postérieur aux chefs réunis des 2 points latéraux.

Il convient ensuite de compléter le remplissage du ballonnet pour obtenir une tension modérée des 3 éléments du " filet " de CATGUT dont la solidité ainsi mise à l'épreuve le retiendra dans la loge prostatique (Figures 12 et 13).



- Figure 12 -



- Figure 13 -

Dans la très grande majorité des cas, l'hémotase ainsi réalisée est très satisfaisante.

La région cervico-prostatique apparaît parfaitement exsangue.

On ne manque pas de s'assurer :

- 1° - De l'intégrité des orifices urétéraux dont il est toujours rassurant de constater les éjaculations puissantes.
- 2° - De la permanence d'une large ouverture du col vésical maintenue par la présence du ballonnet.

La béance de l'orifice cervical n'est aucunement compromise par l'artifice du " filet " de CATGUT. En revanche, le cerclage du col (DENIS) ou tout autre procédé (HRYNTSCHAK) visant à la fermeture complète du toit de loge prostatique par suture des berges cervicales autour de la sonde uréthrale nous paraît favoriser l'apparition secondaire d'un diaphragme cervico-prostatique ou d'une sténose du col.

S'il s'agit là pour nous de craintes toutes théoriques, puisque nous n'avons jamais fait appel à ces techniques pourtant séduisantes du point de vue de l'hémostase, d'autres Urologues ont acquis en la matière une expérience, nous semble-t-il, concluante.

Pour s'en convaincre, il suffit de se reporter à la communication faite par Mrs. J. AUVIGNE et C. DEVINEAU à la Société Française d'Urologie (séance du 19 juin 1967) :

Sur 110 prostatectomies sous dépression (selon la technique de DENIS), ces auteurs font état de 10 sténoses secondaires du col, 3 formes graves ayant nécessité une réintervention.

La fermeture de la vessie inspirée de la méthode de HRYNTSCHAK, ce qui lui donne une parfaite étanchéité, est effectuée par une suture en bourse extra-muqueuse complétée par 2 ou 3 points en X de CATGUT 2.

La paroi abdominale est reconstituée sur un drain de REDON aspiratif.

Au cours de ce temps de fermeture pariétale, de petits lavages vésicaux au sérum physiologique vérifient la perméabilité de la sonde et l'absence d'hémorragie.

Ces petits lavages sont renouvelés après la ligature des canaux déférents qui pour nous doit accompagner systématiquement toute prostatectomie.

Lorsqu'une tendance hémorragique se manifeste pendant le temps de la réparation pariétale ou de la ligature des canaux déférents, il ne faut pas hésiter à désunir immédiatement pour " reprendre " l'hémostase.

Quatre fois nous avons eu à prendre cette décision qui nous a permis de contrôler le saignement.

III - SURVEILLANCE POST-OPERATOIRE.

Dès le retour de l'opéré dans son lit, le fonctionnement de la sonde reste une préoccupation essentielle.

On sait en effet que la formation de caillots aggrave le saignement du fait de la rétention et des contractions vésicales qu'elle provoque et qu'ainsi " un saignement peut se transformer en hémorragie " (CIBERT).

Une surveillance rigoureuse doit donc être exigée du personnel infirmier. A la " moindre alerte ", il saura faire appel à la seringue de GUYON qui n'a pas encore été bannie de l'arsenal de nos prostatectomisés. Rien ne saurait la remplacer pour chasser les caillots qui peuvent obstruer la sonde :

- ni l'irrigation par les sondes à ballonnet à double courant (ROMETTI) ;
- ni l'irrigation par diurèse " forcée " à la Furosémide préconisée par AMSLER et RIGONDET.
- Nous avons fait l'expérience sans aucun profit de ces artifices " à priori séduisants ". Nous ne sommes pas davantage convaincus de l'utilité des médications à prétention hémostatique que nous utilisons cependant de façon habituelle.

Comme en témoigne l'étude analytique des 450 observations qui ont servi de base à ce travail, cette technique d'hémostase s'est révélée particulièrement efficace sur le plan du saignement post-opératoire immédiat : le saignement s'atténue progressivement et au bout de 3 à 5 jours les urines ont habituellement repris leur aspect normal.

Aussi pouvons-nous entreprendre sans retard, parfois dès le 3ème jour, un traitement anti-coagulant prescrit à titre systématique.

Contrairement à sa mauvaise réputation, le ballonnet ne nous est pas apparu responsable de suites douloureuses. Quand il ne quitte pas la loge il reste bien toléré et ne saurait non plus favoriser le saignement.

Le ballon est progressivement dégonflé à partir du 5 ème jour et la sonde est retirée le 8 ème jour.

L'opéré est autorisé à quitter la clinique le 15 ème jour car nous croyons prudent d'exiger ce délai d'hospitalisation minimum.

CHAPITRE III

OBSERVATIONS ET RESULTATS

Comme nous l'avons déjà précisé, les résultats de notre technique ne seront envisagés dans ce travail que sous le seul angle des hémorragies post-opératoires immédiates, c'est à dire - selon la définition du Professeur Jean CIBERT - des hémorragies des 24 premières heures : " celles qui surviennent soit dès le retour de l'opéré dans son lit, soit dans l'après-midi ou la nuit qui suit l'intervention ".

Nous ne ferons donc état :

- ni des hémorragies per-opératoires.
- ni des hémorragies secondaires.

Quelle que soit la technique utilisée, les hémorragies per-opératoires sont inévitables, mais il est incontestable que la rapidité de l'intervention permet d'en diminuer l'importance.

La spoliation sanguine se chiffre environ à 400 g et justifie la perfusion per-opératoire systématique de 500 cm³ de sang.

Nous n'avons pas l'expérience de l'infiltration de la loge avant l'énucléation par une solution de Xylocaïne adrénalinée préconisée par R. DENIS qui, selon cet auteur, réduirait l'importance du saignement per-opératoire.

L'esprit même de notre technique se refuse à cet artifice car nous souhaitons voir saigner en temps opportun tout ce qui doit saigner.

Notre technique ne saurait non plus prévenir l'apparition des hémorragies secondaires que favorise sans nul doute le traitement anti-coagulant prescrit systématiquement.

.

. .

I - LES OBSERVATIONS .

Elles sont consignées dans le tableau suivant qui expose nos 450 interventions, soit :

- 350 concernant les cas opérés en clientèle privée par notre maître le Docteur NEVEU.
- 55 recueillies dans le Service d'UROLOGIE de l'HOTEL-DIEU.
- 45 communiquées par le Docteur FRANCANNET, attaché au Service d'Urologie, qui a adopté notre technique.

Sur ce tableau sont uniquement précisés :

- 1°) l'âge du sujet.
- 2°) le poids de l'adénome (et par là-même son volume).

Nous avons ainsi distingué 4 groupes d'adénomes :

- GROUPE 1 : adénomes d'un poids inférieur à 20 g.
 - GROUPE 2 : adénomes d'un poids de 20 à 80 g.
 - GROUPE 3 : adénomes de 80 à 150 g.
 - GROUPE 4 : adénomes d'un poids supérieur à 150 g.
- 3°) L'importance de l'hémorragie post-opératoire immédiate et, à cet égard, nous avons établi la cotation suivante :

Cotation 0 : absence de saignement : urines à peine rosées, voire de coloration sub-normale en fin de soirée.

Cotation + : Saignement discret sans aucune tendance à la formation de caillots, ou justifiant quelques petits lavages.

Cotation ++ : Suites immédiates relativement hémorragiques : le saignement confinant à l'hémorragie vraie nécessite pendant les 24 premières heures de fréquents lavages avec aspiration de caillots et parfois 2 à 3 transfusions.

Cotation +++ : Suites immédiates très hémorragiques, dont :

cotation +++ R : les hémorragies ayant nécessité une réintervention d'hémostase.

cotation +++ DC : les hémorragies responsables de décès.

- 4°) Enfin il est fait mention des complications locales inhérentes à la méthode.

N°	Opérateur	Nom	Age	Volume de l'adénome	Hémorragies immédiates	Complications inhérentes à la méthode
1	Dr. Neveu 1963	N ...	54	II	0	
2	"	Abbé G.	62	II	0	
3	"	D...	59	II	0	
4	"	D...	71	III	0	
5	"	G...	69	II	+	
6	"	P...	66	III	0	
7	"	C...	74	II	0	
8	"	T...	65	II	0	
9	"	B...	62	II	+	
10	"	D...	77	II	0	
11	"	G...	79	III	0	
12	"	D...	82	II	0	
13	"	V...	58	III	+ le lendemain	ballon éclaté
14	"	C...	70	II	0	
15	"	L...	61	II	0	
16	"	F...	67	II	0	
17	"	R...	62	II	0	
18	"	L...	70	II	++	
19	"	J...	62	II	0	
20	"	L...	69	III	0	lithiase
21	"	T...	66	III	0	
22	"	E...	70	III	0	
23	"	D...	56	II	0	
24	"	G...	60	III	0	lithiase
25	"	B...	66	II	0	

N°	Opérateur	Nom	Age	Volume de l'adénome	Hémorragies immédiates	Complications inhérentes à la méthode
26	Dr. Neveu	Abbé P.	62	III	++	
27	"	D...	65	III	0	
28	"	B...	72	II	0	
29	"	D...	76	II	0	
30	"	C...	67	I	0	
31	"	F...	67	II	0	
32	"	M...	68	III	0	
33	"	C...	74	III	0	
34	"	L...	60	II	0	
35	"	B...	60	II	0	
36	"	Dr C..	63	II	+	Elimination
37	"	M...	72	III	0	
38	"	R...	68	III	0	
39	"	C...	76	II	0	
40	"	B...	76	II	0	
41	"	L...	76	IV énorme	0	
42	"	P...	64	II	++	
43	"	B...	67	III	0	
44	"	S...	60	III	++ le lendemain	ballon éclaté
45	"	M...	63	II	+	
46	"	S...	70	III	0	
47	"	M...	78	III	+	
48	"	B...	65	II	0	
49	"	B...	62	II	+	
50	"	M...	62	II	+	

N°	Opérateur	Nom	Age	Volume de l'adénome	Hémorragies immédiates	Complications inhérentes à la méthode
51	"	J...	66	II	0	
52	"	R...	74	III	0	
53	"	M...	56	II	0	
54	"	M...	60	II	0	
55	"	D...	71	III	0	
56	"	D...	59	II	0	
57	"	F...	62	II	0	
58	"	K...	62	II	+	
59	"	C...	70	II	0	
60	"	K...	73	III	0	
61	"	B...	70	II	0	
62	"	N...	74	II	0	
63	"	G...	72	III	0	
64	"	S...	73	III	0	
65	"	M...	70	II	+	
66	Dr Neveu 1964	B...	72	I	0	
67	"	D...	79	III	0	
68	"	Dr. S.	62	III	0	
69	"	S...	58	II	+	
70	"	G...	78	III	+	
71	"	B...	63	II	0	
72	"	N...	70	II	0	
73	"	P...	78	II	0	
74	"	G...	76	II	0	élimination
75	"	D...	82	III	0	

N°	Opérateur	Nom	Age	Volume de l'adénome	Hémorragies immédiates	Complications inhérentes à la méthode
76	Dr. Neveu	V...	55	II	0	
77	"	C...	68	II	0	
78	"	F...	64	III	0	
79	"	M...	69	II	0	
80	"	L...	68	II	0	
81	"	J...	72	II	0	
82	"	P...	70	II	+	
83	"	L...	68	III	+	
84	"	G...	78	II	+	
85	"	C...	57	III	0	
86	"	J...	62	I	0	
87	"	B...	69	III	+	
88	"	G...	70	III	0	
89	"	G...	76	III	0	
90	"	N...	69	IV	0	
91	"	B...	64	II	+	
92	"	D...	71	III	0	
93	"	M...	76	III	0	
94	"	C...	57	II	0	
95	"	C...	82	IV	+	
96	"	B...	53	I	0	
97	"	B...	78	III	+	
98	"	F...	70	IV	0	
99	"	D...	82	III	0	
100	"	B...	71	III	0	

N°	Opérateur	Nom	Age	Volume de l'adénome	Hémorragies immédiates	Complications inhérentes à la méthode
101	Dr. Neveu	G...	64	II	0	
102	"	G...	71	II	0	
103	"	D...	65	II	0	
104	"	B...	78	II	+	
105	"	M...	72	II	0	
106	"	C...	68	II	0	
107	"	M...	69	IV	0	
108	"	M...	70	II	0	
109	"	B...	65	II	0	
110	"	P...	72	II	0	
111	"	F...	78	III	0	
112	"	C...	62	I	0	
113	"	D...	70	II	0	
114	"	A...	71	II	+	
115	"	G...	67	II	0	
116	"	R...	65	II	0	
117	"	L...	61	II	+	
118	"	A...	67	I	0	
119	"	V...	78	II	0	
120	"	M...	71	III	+	
121	"	C...	67	I	0	
122	"	S...	68	III	+	
123	"	J...	74	II	0	
124	"	M...	63	II	0	
125	"	B...	78	III	+	

N°	Opérateur	Nom	Age	Volume de l'adénome	Hémorragies immédiates	Complications inhérentes à la méthode
126	Dr. Neveu	A...	64	II	0	
127	"	N...	56	II	0	
128	"	C...	68	II	0	
129	"	St F...	71	II	0	
130	"	H...	72	I	0	
131	"	C...	68	I	0	élimination
132	"	C...	55	III	0	
133	"	S...	70	IV 150 g.	0	
134	"	M...	84	III	0	
135	"	E...	62	I	0	
136	"	L...	67	III	0	
137	"	M...	58	III	0	
138	" 1965	V...	79	II	0	
139	"	M...	77	III	+	
140	"	L...	67	III	0	
141	"	P...	69	I	++	
142	"	M...	68	II	0	
143	"	B...	61	II	0	
144	"	D...	80	III	0	
145	"	D...	63	III	+	
146	"	A...	69	I	0	
147	"	C...	74	II	0	
148	"	C...	67	II	0	
149	"	G...	65	II	0	
150	"	L...	55	II	+	

N°	Opérateur	Nom	Age	Volume de l'adénome	Hémorragies immédiates	Complications inhérentes à la méthode
151	Dr Neveu	P...	62	II	++	
152	"	P...	68	II	0	
153	"	R...	62	II	0	
154	"	G...	56	II	+	
155	"	D...	66	II	0	
156	"	R...	78	III	0	
157	"	G...	72	I	0	
158	"	D...	78	I	0	
159	"	B...	63	III	0	
160	"	M...	76	I	0	
161	"	P...	62	III	0	
162	"	C...	76	III	0	
163	"	B...	72	III	0	
164	"	R...	62	II	0	
165	"	S...	82	III	0	
166	"	P...	64	III	0	
167	"	C...	72	II	0	
168	"	Abbé M.	75	II	0	
169	"	G...	52	IV	0	
170	"	M...	65	III	0	
171	"	P...	72	III	0	
172	"	M...	62	III	0	
173	"	P...	68	II	0	
174	"	B...	67	II	0	
175	"	B...	78	II	0	

N°	Opérateur	Nom	Age	Volume de l'adénome	Hémorragies immédiates	Complications inhérentes à la méthode
176	Dr. Neveu	P...	68	III	0	
177	"	P...	64	III	0	
178	"	D...	68	II	0	
179	"	A...	65	II	0	
180	"	C...	75	II	0	
181	"	V...	75	III	0	
182	"	R...	58	II	++	
183	"	G...	70	IV 100g	0	
184	"	P...	77	II	0	
185	"	A...	72	II	0	
186	"	N...	76	II	0	
187	"	Q...	66	I	0	
188	"	C...	75	II	0	
189	"	E...	65	I	0	
190	"	A...	60	III	0	
191	"	T...	74	IV	0	
192	"	V...	79	III	0	
193	"	G...	70	IV	0	
194	"	M...	72	II	0	
195	"	G...	68	III	0	
196	"	R...	72	III	0	
197	"	V...	66	III	0	
198	"	O...	67	II	0	
199	"	A...	74	III	0	
200	"	D...	77	III	0	

N°	Opérateur	Nom	Age	Volume de l'adénome	Hémorragies immédiates	Complications inhérentes à la méthode
201	Dr. Neveu	B...	63	II	++	
202	"	C...	62	III	++	
203	"	E...	60	II	0	
204	"	B...	73	II	0	
205	"	S...	79	II	0	
206	"	P...	71	II	0	
207	"	F...	75	II	++	
208	"	B...	78	III	+	
209	"	V...	66	I	0	
210	"	D...	65	II	0	
211	Dr. Francanet-1965	M...	71	I	0	
212	"	L...	75	I	+	
213	"	T...	59	II	0	
214	"	P...	53	III	+	
215	"	S...	65	III	0	
216	"	F...	72	I	0	
217	"	L...	74	III	0	
218	"	D...	68	I	0	
219	"	S...	70	III	+	
220	"	B...	63	III	0	
221	Dr Neveu 1966	V...	75	II	0	
222	"	J...	66	III	0	
223	"	C...	72	II	0	
224	"	B...	63	III	++	
225	"	N...	75	II	0	

N°	Opérateur	Nom	Age	Volume de l'adénome	Hémorragies immédiates	Complications inhérentes à la méthode
226	Dr Neveu	R...	60	I	0	
227	"	C...	75	III	++	
228	"	B...	55	III	++	
229	"	D...	64	II	0	
230	"	V...	66	II	0	
231	"	H...	73	III	0	
232	"	V...	68	II	0	
233	"	P...	77	I	0	
234	"	P...	59	II	0	
235	"	D...	69	IV	++	
236	"	L...	58	I	0	
237	"	T...	67	II	++	
238	"	M...	61	I	0	
239	"	M...	62	II	+	
240	"	T...	72	III	0	
241	"	D...	70	III	0	
242	"	D...	69	II	0	
243	"	E...	68	II	0	
244	"	M...	67	II	0	
245	"	C...	68	III	0	
246	"	F...	67	II	0	
247	"	C...	71	II	0	
248	"	R...	77	II	0	
249	"	V...	77	II	0	
250	"	B...	79	II	+++ DC	

N°	Opérateur	Nom	Age	Volume de l'adénome	Hémorragies immédiates	Complications inhérentes à la méthode
251	Dr Neveu	F...	69	IV	0	
252	"	L...	67	IV	0	
253	"	B...	69	II	0	
254	"	C...	72	II	0	Elimination
255	"	M...	63	II	0	
256	"	P...	69	II	0	
257	"	G...	60	II	+	
258	"	S...	67	II	0	
259	"	T...	68	II	+	
260	"	M...	58	II	0	
261	"	S...	67	II	+	
262	"	C...	69	III	0	
263	"	M...	73	III	0	
264	"	E...	69	IV	0	
265	"	C...	62	II	0	
266	"	S...	69	I	0	
267	"	C...	61	III	++	
268	"	M...	58	II	0	
269	"	C...	72	IV	0	
270	"	A...	68	II	+	
271	"	D...	80	II	0	
272	"	B...	60	I	+	
273	"	M...	66	IV	0	
274	"	L...	63	II	0	
275	"	D...	61	III	0	

N°	Opérateur	Nom	Age	Volume de l'adénome	Hémorragies immédiates	Complications inhérentes à la méthode
276	Dr Neveu	B...	75	III	0	
277	"	D...	69	I	0	
278	"	T...	68	IV	0	
279	"	M...	68	II	0	
280	"	I...	64	III	0	
281	"	R...	66	II	+	
282	"	G...	80	III	0	
283	"	F...	73	II	+	
284	"	R...	79	III	+	lâchage fixation
285	"	R...	69	II	0	
286	"	A...	64	III	0	
287	"	N...	67	III	++	
288	"	S...	72	III	0	
289	"	S...	66	II	++	
290	"	D...	68	II	0	
291	"	P...	76	II	0	
292	"	C...	72	I	0	
293	"	B...	66	III	+++ R	
294	"	P...	68	III	0	
295	"	S...	72	II	0	
296	"	M...	68	III	0	
297	"	B...	55	II	0	
298	"	W...	63	II	0	
299	"	S...	83	II	0	
300	"	B...	68	II	0	

N°	Opérateur	Nom	Age	Volume de l'adénome	Hémorragies immédiates	Complications inhérentes à la méthode
301	Dr Neveu	F...	75	III	+	
302	"	C...	69	III	0	
303	Dr Fran- cannet 1966	D...	66	I	0	
304	"	P...	75	II	0	
305	"	R...	73	I	0	
306	"	C...	67	III	0	
307	"	P...	74	II	0	
308	"	C...	61	III	+	
309	"	M...	62	III	0	
310	"	B...	54	I	0	
311	"	R...	68	II	0	
312	"	N...	65	III	0	
313	"	B...	72	II	+	
314	"	F...	68	I	0	
315	"	M...	71	I	0	
316	"	G...	65	II	+	
317	"	F...	64	III	0	
318	"	B...	72	III	0	
319	Dr Neveu 1967	B...	57	I	0	
320	"	A...	79	II	0	
321	"	G...	75	II	0	
322	"	M...	60	II	0	
323	"	D...	67	III	0	
324	"	B...	66	II	0	
325	"	R...	78	III	0	

N°	Opérateur	Nom	Age	Volume de l'adénome	Hémorragies immédiates	Complications inhérentes à la méthode
326	Dr Neveu	V...	61	III	0	
327	"	L...	79	IV 280 g.	0	
328	"	A...	72	II	++	
329	"	D...	67	III	0	
330	"	E...	74	I	0	
331	"	C...	68	II	0	
332	"	B...	68	I	0	
333	"	C...	71	II	0	
334	"	D...	63	III	++	
335	"	F...	62	III	0	
336	"	G...	58	I	0	
337	"	S...	63	III	0	
338	"	T...	64	III	0	
339	"	F...	69	III	0	
340	"	C...	77	II	0	
341	"	P...	70	II	0	
342	"	C...	66	II	0	
343	"	D....	75	II	0	
344	"	J...	77	III	0	
345	"	B...	64	III	+	
346	"	B...	73	II	0	
347	"	C...	70	II	0	
348	"	C...	62	III	0	
349	"	S...	70	III	0	
350	"	C...	72	III	+	

N°	Opérateur	Nom	Age	Volume de l'adénome	Hémorragies immédiates	Complications inhérentes à la méthode
351	Dr Neveu	C...	74	I	0	
352	"	F...	73	III	0	
353	"	B...	60	III	0	
354	"	M...	70	III	0	
355	"	C...	67	II	0	
356	"	A...	65	II	0	
357	"	C...	75	II	0	
358	"	G...	75	II	0	
359	"	B...	56	III	0	
360	"	C...	73	II	+	
361	"	M...	76	II	0	
362	"	T...	70	III	0	
363	"	M...	65	III	0	
364	"	A...	67	I	+	
365	"	L...	68	II	++	
366	"	V...	76	II	0	
367	"	M...	68	IV 165 g.	0	
368	"	B...	75	II	+	
369	"	R...	76	II	0	
370	"	R...	66	II	0	
371	"	M...	78	IV	0	
372	"	J...	56	I	0	
373	"	V...	60	I	0	
374	"	M...	66	II	0	
375	"	L...	70	II	0	

N°	Opérateur	Nom	Age	Volume de l'adénome	Hémorragies immédiates	Complications inhérentes à la méthode
376	Dr Neveu	D...	62	II	0	
377	"	P...	77	IV	+++ DC	
378	"	G...	63	II	0	
379	"	B...	70	II	0	
380	"	E...	71	III	0	
381	"	B...	64	II	0	
382	"	G...	72	III	0	
383	Dr Francannet 1967	C...	65	I	0	
384	"	C...	65	III	+	
385	"	Q...	63	III	0	
386	"	U...	68	II	0	
387	"	P...	61	II	0	
388	"	D...	66	III	0	
389	"	D...	76	III	+	
390	"	D...	69	II	0	
391	"	M...	60	II	0	
392	"	C...	70	II	++	
393	"	H...	76	III	++	
394	"	R...	74	III	++	
395	"	T...	70	III	+	
396	"	M...	68	II	0	
397	"	D...	71	I	0	
398	"	M...	84	II	+	
399	"	C...	74	III	0	
400	"	B...	65	III	0	

N°	Opérateur	Nom	Age	Volume de l'adénome	Hémorragies immédiates	Complications inhérentes à la méthode
401	Dr Fran- cannet	B...	75	I	0	
402	"	R...	61	III	0	
403	"	M...	70	I	+	
404	"	G...	69	I	0	
405	"	C...	73	II	0	
406	"	R...	71	III	0	
407	"	F...	67	II	+	
408	"	C...	61	II	0	
409	"	J...	66	III	0	
410	"	P...	66	I	0	
411	Vincens 1967	T...	67	II	0	
412	"	A...	74	II	0	
413	"	C...	67	II	+	
414	"	V...	67	III	0	
415	"	P...	66	I	0	
416	Dr Neveu 1968	A...	71	II	0	
417	"	R...	67	III	0	
418	"	B...	76	II	+	
419	"	L...	63	II	0	
420	"	G...	59	II	0	
421	"	G...	59	II	0	
422	"	P...	60	II	0	
423	"	C...	67	II	+	
424	"	O...	69	III	+	
425	"	C...	64	II	++	

N°	Opérateur	Nom	Age	Volume de l'adénome	Hémorragies immédiates	Complications inhérentes à la méthode
426	Dr Neveu	S...	63	II	0	
427	"	F...	65	III	0	
428	"	G...	70	II	++	
429	"	A...	72	II	0	
430	"	B...	72	II	+	
431	"	L...	70	I	0	
432	"	M...	54	II	0	
433	"	P...	75	IV _{105 g.}	0	
434	"	R...	68	III	++	
435	"	M...	58	II	0	
436	"	R...	80	II	0	
437	"	V...	71	IV	0	
438	"	B...	73	III	0	
439	"	M...	69	II	0	
440	"	M...	70	I	+	
441	"	N...	61	II	0	
442	"	F...	78	I	0	
443	Dr Fran- cannet 1968	M...	70	III	0	
444	"	L...	64	II	0	
445	"	C...	86	III	+	
446	"	G...	76	I	0	
447	"	B...	76	III	0	
448	"	T...	77	II	0	
449	Vincens 1968	C...	77	III	0	
450	"	N...	69	I	0	

II - LES RESULTATS.

L'étude de cette statistique de 450 observations nous permet de relever les pourcentages suivants :

- 1° - Suites opératoires immédiates non hémorragiques (cotation 0) : 79,3 %
- 2° - Saignement discret (cotation +) : 14,3 %
- 3° - Suites opératoires relativement hémorragiques (cotation ++) : 5,8 %
- 4° - Suites opératoires très hémorragiques (cotation +++) : 0,6 %

Tels sont les chiffres, ils nous disent ce que vaut la méthode en faisant apparaître son efficacité mais aussi ses défaillances.

A - Son efficacité :

Le pourcentage global de 93,6 % (cotation 0 et cotation +) concernant les suites opératoires qui ne posent pratiquement aucun problème sur le plan de l'hémorragie nous paraît à lui seul, suffisamment éloquent pour l'affirmer.

B - Ses défaillances :

Nous ne saurions les nier puisque dans 6,4 % des cas, notre technique nous a trahis.

Nous remarquons cependant à cet égard que les hémorragies furent de gravité variable :

- 1°) 5,8 % d'entre elles posèrent seulement des problèmes de réanimation (transfusion) et de surveillance, résolus dans les 24 à 48 premières heures et sans que les suites opératoires ultérieures aient été pour autant compromises.
- 2°) Une seule fois (0,2 %) l'hémorragie particulièrement sévère imposa une réintervention en fin d'après-midi (reprise de l'hémostase sans méchage selon la technique habituelle. Observation N° 293).

3°) 2 fois (0,4 %) l'hémorragie, sans avoir cependant présenté un caractère de gravité immédiat, nous a semblé porter sa part de responsabilité dans le décès de l'opéré survenu :

- dans 1 cas (observation N° 377) dans un syndrome d'insuffisance hépato-rénale 10 jours après l'intervention.
- dans l'autre cas (observation N° 250) par des troubles vasculaires cérébraux 3 jours après l'adénomectomie.

Est-ce à dire que nous devrions admettre - avec résignation - ce pourcentage d'échecs ? Nous ne le pensons pas. Nous sommes au contraire convaincus que, sans vouloir prétendre à la prostatectomie idéale, notre statistique peut et doit encore être améliorée si l'on s'efforce :

a) d'effectuer une adénomectomie aussi atraumatique que possible :

" On peut réduire l'importance du saignement consécutif à l'énucléation de l'adénome en la pratiquant de façon douce et progressive, en évitant de s'égarer hors du plan de clivage et de créer des brèches dans la capsule prostatique " (J. CIBERT).

b) de n'escamoter aucun des différents temps de l'hémostase :

- hémostase de la muqueuse du col ;
- hémostase de la berge cervicale ;
- application et fixation correcte du ballonnet.

Tous ces temps, nous y insistons encore, doivent être exécutés aussi consciencieusement que possible, et nous avons vu qu'il ne fallait pas hésiter à reprendre cette hémostase avant le retour de la salle d'opération.

Pour conclure ce chapitre relatif aux défaillances de notre méthode, il nous faut signaler quelques rares incidents imputables au matériel utilisé.

Nous voulons parler :

- De l'éclatement du ballonnet observé 2 fois au début de notre pratique (observations N° 13 et 44). La qualité du ballonnet s'est sans doute améliorée, car nous ne l'avons pas rencontré depuis.
- Du lâchage prématuré du système de fixation du ballonnet. Nous ne l'avons observé qu'une fois (observation N° 284).
- Des retards de résorption des Catguts. La résorption incomplète des Catguts utilisés pour la fixation des ballonnets porta 2 fois la responsabilité d'une lithiase cervico-prostatique (observations N° 20 et N° 24).

Dans ces deux cas une réintervention par taille fut nécessaire : il s'agissait de lithiase développée autour d'un Catgut cervical non résorbé.

Depuis que nous utilisons le Catgut 000 cette complication n'a jamais été observée.

- Enfin, 4 fois (observations N° 36, 74, 131, 254) le nœud solidarissant les fils de fixation du ballonnet fut expulsé au prix de quelques ennuis dysuriques en rapport avec la présence du corps étranger intra-urétral.

Un dernier point reste à préciser. Cette méthode est-elle toujours réalisable ? Nous pouvons répondre par l'affirmative, sauf peut-être, dans les deux éventualités suivantes :

- 1° - L'abord impraticable de la région cervico-trigonale. C'est la cas des vessies rétractées après cystostomie juxta-pubienne (surtout chez le sujet obèse).

Mais cette éventualité n'est plus à l'heure actuelle qu'exceptionnellement rencontrée.

- 2° - L'exérèse d'un petit adénome péri-urétral ou d'un lobe médian. Dans ce cas l'absence de la loge rend l'utilisation du ballon sans objet.

En revanche, les adénomes très volumineux (observation N° 327 : adénome de 280 g) ne sauraient être une contre-indication lorsqu'on dispose d'un ballonnet de capacité suffisante (1).

(1) Nous avons pu obtenir de la Maison EYNARD la fabrication de ballonnets de 100 cm³.

CONCLUSIONS

1° La prévention des hémorragies post-opératoires immédiates demeure un des problèmes majeurs posés par l'adénomectomie prostatique.

2° - Parmi les multiples techniques d'hémostase par voie intra-vésicale, celle que nous proposons s'inspire à la fois de la technique de P. FABRE et de celle de P. DELINOTTE.

Elle y associe un procédé de maintien du ballon d'hémostase dans la loge d'adénomectomie, artifice qui confère à notre technique une efficacité certaine puisque nous relevons 93,6 % de suites opératoires immédiates non hémorragiques.

3° - Souhaitant donner à notre travail une portée avant tout pratique, nous nous sommes attachés à exposer aussi minutieusement que possible, par le texte et par l'image, les temps essentiels de cette technique qui réclame une exécution rigoureuse.

4° - Si notre procédé d'hémostase n'est pas présenté comme une solution idéale (nous en avons montré les " défaillances " : 6,4 %), il mérite de figurer en bonne place parmi les moyens mis à notre disposition pour " terminer l'énucléation d'un adénome prostatique " avec une très grande sécurité.

Vu,

Le 7 Novembre 1968

Le Doyen

G. MEYNIEL

Vu,

Le 6 Novembre 1968

Le Président de Thèse

R. MERCIER

Vu et Permis d'Imprimer

N° M 34/68

Le 4 Décembre 1968

Le Doyen

G. MEYNIEL

BIBLIOGRAPHIE

- 1 - XLII° CONGRES FRANCAIS d'UROLOGIE - PARIS 1948.
- 2 - VII° CONGRES INTERNATIONAL de la SOCIETE d'UROLOGIE.
Barcelonne 1949.
- 3 - XLIII° CONGRES FRANCAIS d'UROLOGIE - Paris 1949.
- 4 - XXVIII° CONGRES de la SOCIETE ITALIENNE d'UROLOGIE
Sept. 1955 - Guanella Edit. Rome.
- 5 - LII° CONGRES FRANCAIS d'UROLOGIE (Forum) - Paris 1958.
- 6 - LIX° CONGRES FRANCAIS d'UROLOGIE - Paris 1965.
- 7 - XXIII° CONGRES de la NORTHERN SURGICAL ASSOCIATION -
1 vol. Munksgaard, Edit. Copenhagen.
- 8 - ABI-TORBEY H. -

La sécurité et le confort dans l'adénomectomie hypogastrique de l'adénome prostatique.
Thèse Lyon - 1959, N° 47.

- 9 - ABRAMOWICZ B., VAYRE P. -

Prostatectomie pour adénome avec séparation des cavités vésicales et prostatiques. Techniques et résultats.
J. Chir. (Paris), 83, 1962, 95-98.

- 10 - AGATA D. -

Tamponnement pratiqué en vue de l'hémostase de la loge prostatique avec l'adénome extirpé au cours de l'opération de FULLER-FREYER.
Policlinico Sez. Chir. , 54, 1947, 245-249.

11 - AHMAD M. -

Hémorragie au cours des prostatectomies. Etude d'une nouvelle méthode de contrôle.

J. Indiana Med. Ass., 46, 1966, 490-494.

12 - AKERLUND F. -

Adénomectomie prostatique transvésico-capsulaire. Résultats de 200 cas.

Acta Chir. Scand., 116, 1958, 345-350.

13 - AMBROSE R.B., DUCAM W.Y. -

111 hypothermies rectales.

J. Urol. (Baltimore), 87, 1962, 715-720.

14 - ANDA E.G. -

Technique de prostatectomie en un temps.

Rev. Argent. Urol., 19, 1950, 82-86.

15 - ANDERSON L. -

Prophyllaxie combinée des hémorragies et des thromboses après prostatectomie.

Acta Chir. Scand., 130, 1965, 393-398.

16 - ANSELL J.S. -

Résultats récents dans les prostatectomies.

Northw. Med. (Seattle), 64, 1965, 29-32.

17 - ANTOINE B. -

Nouveaux progrès dans le traitement des adénomes prostatiques.

Presse Med., 72, 1964, 2705-2708.

18 - Aoustin J. -

A propos des prostatectomies.

Concours Med., 25, 1956, 2967-2968.

19 - APPREMONT M. -

Contribution à l'étude de la chirurgie de l'adénome prostatique. La prostatectomie transvésicale avec hémostase par fermeture en bourse du col vésical sur sonde ballon.

Thèse Paris, 1962, n° 95.

20 - AUVERT J. -

La prostatectomie pour adénome.

J. Chir.(Paris), 85, 1963, 635-643.

21 - AUVIGNE J. et DEVINEAU G. -

A propos de la prostatectomie sous dépression.
S.F.U. Séance du 19 Juin 1967,
J. Urol. Nephrol., 74, 1968, 309-314.

22 - AVANZI P. -

Tendances hémorragiques chez les prostatectomisés.
Minerva Urol., 17, 1965, 111-115.

23 - BACKER O.G. -

Cryoprostatectomie.
Northw. Med. (Seattle), 77, 1961, 535-539.

24 - BAKER A.H. -

Les hémorragies au cours des prostatectomies.
Proc. Roy. Soc. Med., 57, 1964, 1179-1181.

25 - BANCHIERI R. -

La vascularisation artérielle de la prostate.
J. Urol. Nephrol., 63, 1957, 562-565.

26 - BATALLA SABATE L. -

Adénomectomie transvésicale améliorée. Nouveaux procédés de technique et de traitements post-opératoires.
Arch. Esp. Urol., 6, 1950, 296-299.

27 - BENSIMON H. -

La prostatectomie sus-pubienne de HRYNTSCHAK.
Pren. Med. Argent., 45, 1958, 778-783.

28 - BERGE D. -

La prostatectomie transvésicale chez l'obèse.
J. Urol. Nephrol., 69, 1963, 787-788.

29 - BERGMAN H. -

Hémostase par traction sur le cathéter après prostatectomie.
J. Urol. (Baltimore), 80, 1958, 399-400.

30 - BERGMAN M. -

Le METHERGIN a-t-il une action hémostatique dans les prostatectomies.
Z. Urol., 53, 1960, 35-39.

31 - BIRDSALL J.C., POORE G.C., BURROS H.M. -

Progrès dans la prostatectomie sus-pubienne.
J. Urol. (Baltimore), 68, 1952, 729-733.

32 - BOLANDA B. -

Adénomectomie avec hémostase par suture amovible.
Z. Urol., 56, 1963, 351-353.

33 - BONNIN M.H. -

La prostatectomie, analyse raisonnée et techniques.
Med. J. Aust., 47, 1960, 361-368.

34 - BORGHELE T. -

La prostatectomie. Considérations à propos de 1900
malades.
Lyon Chir., 61, 1965, 245-253.

35 - BORSTROM S. -

Une méthode modifiée pour la prostatectomie avec fer-
meture primaire de la vessie.
Acta Chir. Scand., 99, 1949, 252-258.

36 - BOTTOU M., OURADOU J. -

Réflexions à propos d'une statistique homogène de 250
interventions prostatiques.
Maroc Med., 37, 1958, 767-772.

37 - BOURQUE J.P. -

Une nouvelle technique de prostatectomie à ciel ouvert.
Adénomectomie prostatique transvésico-capsulaire (rap-
port préliminaire sur 100 cas).
J. Urol. Nephrol., 60, 1954, 934-944.

38 - BOURQUE J.P. -

L'adénomectomie prostatique transvésico-capsulaire.
Rapport sur 300 cas consécutifs.
Urol. Int. (Basel), 4, 1957, 65-75.

39 - BRICOU J. -

L'adénomectomie prostatique selon la technique de
HRYNTSCHAK (120 cas).
Thèse Paris - 1955, n° 203.

40 - BRISSET J.M. -

Chirurgie de l'adénome prostatique.
Concours Med., 83, 1961, 1857-1864.

41 - BRUCE A.W., ZORAB J., STELL B. -

Les hémorragies au cours de la chirurgie prostatique.
Brit. J. Urol., 32, 1960, 422-427.

42 - BUDMAN R.I. -

Dangers de l'anesthésie avec hypotension.
Proc. Roy. Soc. Med., 57, 1964, 1184-1186.

43 - BURGHELE J. -

Un procédé d'hémostase pour les prostatectomies. La
ligature des artères hypogastriques.
J. Urol. Nephrol., 55, 1949, 68-69.

44 - CAINE M., PEAU A. -

La prévention des sténoses du col vésical après pros-
tatectomie.
Brit. J. Urol., 35, 1963, 173-178.

45 - CALAMIS J.A., FLAMAGAN M.J. -

Réfrigération rapide de la prostate. Etude expérimen-
tale.
J. Urol. (Baltimore), 96, 1966, 512-518.

46 - CAMPBELL J.C., THOMLEY M.W., PARSONS R.L. -

Complications de la chirurgie prostatique radicale.
J. Urol. (Baltimore), 89, 1963, 253-255.

47 - CAMPOS FREIRE G. -

Prostatectomie transvésicale avec fermeture immédiate
de la vessie.
Sté. Argentine Urol., 2 XII 1956, 231-241.

48 - CAMPOS FREIRE G. -

Prostatectomie transvésicale avec fermeture immédiate
de la vessie. Analyse de 199 cas.
Urol. Internat., 6, 1958, 300-303.

49 - CHAIT A. -

Expériences récentes avec la prostatectomie transvésicale.
Sté. Argentine Urol., 2 XII 1956, 180-185.

50 - CHALLIOL J. -

Résultats de 60 prostatectomies pratiquées en milieu
musulman par la technique de HRYNTSCHAK modifiée.
Maroc Med., 34, 1955, 1037-1039.

51 - CHAPUIS G. -

Résultats de 200 cas de prostatectomies type FREYER,
en un ou deux temps, avec utilisation de la sonde hémos-
tatique ballon.
Thèse Paris, 1951, n° 54.

- 52 - CHAUVIN H., FARNARIER G., RUBERT F. -

Considérations sur l'adénomectomie prostatique. A propos de 400 cas.

Marseille Chir., 14, 1962, 457-459.

- 53 - CHEVASSU M. -

La lutte contre l'hémorragie et la douleur dans les suites immédiates de la prostatectomie.

Bull. Acad. Med., 130, 1946, 5, III.

- 54 - CHEYNEL J. -

La prostatectomie simplifiée de LEBRUN en pratique chirurgicale générale.

Concours Med., 78, 1956, 1099-1102.

- 55 - CIBERT J. -

Le traitement actuel de l'hypertrophie prostatique.

Journal Med. Lyon, 1948, 581-588.

- 56 - CIBERT J., TJONC AYONG F. -

La prostatectomie pour adénome chez les moins de 50 ans.

J. Urol. Nephrol., 56, 1950, 70-71.

- 57 - CIBERT J. -

Les grosses prostates adénomateuses.

Rev. Prat., 5, 1955, 1187-1190.

- 58 - CIBERT J., CIBERT J., AGAGLIANOS P. -

Trois cents prostatectomies.

Lyon Chir., 60, 1964, 161-182.

- 59 - CLEZY J.K. -

Hémorragies des prostatectomies.

Med. J. Aust., 51, 1964, 755-760.

- 60 - CONDURSO R., MAZZITELLI M., PASTORE V. -

Effet des prostatectomies sur la coagulation sanguine.

Rif. Med., 73, 1959, 1018-1021.

- 61 - COOPER I.S. -

Application de la cryochirurgie à la résection des organes parenchymateux.

New England J. Med., 274, 1966, 15-18.

62 - COOPER J.F. -

Trois cent deux prostatectomies transvésicales avec fermeture primitive de la veine. Technique.
Surg. Gynec. Obstet., 123, 1966, 277-281.

63 - CORNETTE de SAINT CYR M. -

A propos de cent prostatectomies. Technique de FREYER modifiée.
Maroc Med., 37, 1958, 1018-1019.

64 - COSTA J., RUELLA P. -

Sur la technique des prostatectomies. A propos de 200 cas.
J. Urol. Nephrol., 66, 1960, 784-790.

65 - COUNCIL W.A.H. -

La prostatectomie rétro-pubienne. Une modification de la technique par une incision vésico-prostatique.
J. Urol. (Baltimore), 73, 1955, 373-378.

66 - COUVELAIRE R. -

Enquête sur l'adénomectomie prostatique.
J. Urol. Nephrol., 54, 1948, 582-585.

67 - COUVELAIRE R. -

De la classification des procédés d'adénomectomie prostatique en fonction de l'hémostase.
J. Urol. Néphrol., 56, 1950.

68 - COUVELAIRE R. -

Adénomectomie prostatique par voie coccy-périnéale droite.
J. Urol. Nephrol., 57, 1951, 362-371.

69 - COUVELAIRE R. -

L'adénomectomie prostatique sans sonde uréthrale.
J. Urol. Nephrol., 61, 1955, 396-398.

70 - COUVELAIRE R. -

Comment terminer l'énucléation d'un adénome prostatique?
J. Urol. Nephrol., 70, 1964, 201-209.

71 - COUVELAIRE R. -

Comment terminer l'énucléation d'un adénome prostatique?
J. Urol. Nephrol., 71, 1965, 239-242.

72 - COUVELAIRE R. -

Tumeurs bénignes de la prostate.

Encyclopédie Médico-Chirurgicale - Reins appareil génito-urinaire, 18.555 A - 30, 3, 1968.

73 - CRAWFORD B.E. -

Prostatectomie transvésicale sus-pubienne avec fermeture de la vessie.

Lancet, 1950, 207-209.

74 - CUELLO O. -

Adénomectomie Salut du prostatique.

Thèse Paris. 1959, n° 770.

75 - CUNHA E., STORRY V. -

Zéro pour cent de mortalité dans cent deux adénomectomies transvésicales.

Sté-Argentine Urol., 2. XII. 1956, 102-106.

76 - DARGET L. -

Vascularisation de la prostate.

J. Urol. Nephrol., 63, 1957, 341-349.

77 - DARGET P., BALLANGER R. -

Prostatectomie en un temps par un procédé personnel.

Bordeaux Chir., 3, 1947, 142-144.

78 - DEBENHAM L.S., WARD A.E. -

Prostatectomie rétropubienne.

Brit. J. Urol., 32, 1960, 178-182.

79 - DELINOTTE P. -

Prostatectomie transvésicale à ciel ouvert.

J. Belge Urol., 1, 1948.

80 - DELINOTTE P., CHAPUIS G. -

Adénomectomie type FREYER avec utilisation de la sonde ballon hémostatique. Résultats de 200 cas.

J. Urol. Néphrol., 58, 1952, 1-17.

81 - DELTEIL E. -

De la prostatectomie par FREYER simplifié.

Concours Med., 78, 1956, 2965-2967.

82 - DENIS R. -

Sur l'hémorragie de l'adénomectomie prostatique.

J. Urol. Nephrol., 66, 1960, 284-292.

83 - DENIS R. -

Prostatectomie sous dépression.
J. Urol. Néphrol., 68, 1962, 671-680.

84 - DENIS R. -

Prostatectomie sous dépression.
Helv. Chir. Acta, 32, 1965, 534-535.

85 - DENIS R. -

La prostatectomie sous dépression.
J. Chir., Paris, 92, 1966, 11-20.

86 - DETRIE P. -

Comment opère-t-on l'adénome prostatique ?
Presse Med., 63, 1955, 686-688.

87 - DOUILLET R. -

Cent quatre vingts prostatectomies rétropubiennes sous
hypotension contrôlée.
J. Urol. Néphrol., 61, 1955, 440-445.

88 - DUCASSOU J. -

Prostatectomie pour adénome.
Encyclopédie Médico-chirurgicale. Techniques - Urologie-
Gynécologie, 41.270, 3 - 16 - 03.

89 - DUFOUR A., ANDRE P. -

A propos des anticoagulants dans la chirurgie prostatique.
J. Urol. Néphrol., 69, 1963, 250-253.

90 - DURANTE L.J., MOUTSUS A. et Coll. -

Hémorragie après prostatectomie et contrôle par l'hy-
pothémie.
Ann. Surg., 156, 1962, 781-792.

91 - EIKMER W. -

La prostatectomie supra-pubienne en un temps avec fer-
meture primaire de la vessie.
J. Urol. (Baltimore) 60, 1948, 124-126.

92 - FABRE P. -

Opération de FREYER modifiée.
Presse Med., 51, 1943, 875-877.

- 93 - FABRE P., BUISSON L., GINCULHAC G. -
Incomptabilité sanguine au cours d'une adénomectomie
prostatique transvésicale.
J. Urol. Néphrol., 63, 1957, 327-329.
- 94 - FABRE P. -
L'adénomectomie.
Encyclopédie Médico-Chirurgicale. Reins - Appareil gé-
nito-urinaire - 18.555 A-60, A-70, 9, 1958.
- 95 - FANTONI A., CALAFATTI F. -
Contrôle de l'hémorragie au cours des prostatectomies.
Minerva Anest., 27, 1961, 453-458.
- 96 - FERRER PALUANS P. -
Anatomie fonctionnelle de la prostate.
Arch. Esp. Marf., 17, 1962, 60-64.
- 97 - FEUSTEL A. -
Les résultats de la prostatectomie selon le procédé de
HARRIS-HRYNTSCHAK.
Z. Urol., 55, 1962, 471-482.
- 98 - FEY B. -
Techniques chirurgicales.
Masson Edit., 1955, T. VIII.
- 99 - FLOUQUET M. -
Utilisation de la sonde ballon.
Thèse Paris, 1950, n° 94.
- 100 - FORET J., MAQUINAY Ch. -
Cent prostatectomies de HRYNTSCHAK.
J. Urol. Néphrol., 58, 1952, 818-828.
- 101 - FOUCHER X. -
Contribution à l'étude des adénomectomies prostatiques
transvésicales.
Thèse Lyon, 1963, n° 39.
- 102 - De FOURMESTRAUX J., FREDET M. -
La voie rétro-pubienne extra-vésicale dans la prosta-
tectomie. Résultats. Techniques. Indications.
Mem. Acad. Chir. (Paris), 74, 1948, 340-345.

- 103 - FRANCHE O., ROSENBAUM S. -
Adénomectomie simplifiée de LEBRUN.
Urologia (Treviso), 31, 1964, 39-48.
- 104 - FRESNAIS J. -
A propos de l'adénomectomie transvésicale.
J. Urol. Nephrol., 65, 1959, 815-816.
- 105 - FREYER P.J. -
Lancet, 1900, 774 et 1904, 197.
- 106 - FREYER P.J. -
Traitement chirurgical de l'adénome prostatique par
voie transvésicale.
Brit. Med. J., 2, 1901, 125-129.
- 107 - FULLER -
Ablation totale de la prostate.
Brit. Med. J., 2, 1901, 501.
- 108 - GARRIGUE P. -
75 cas de prostatectomie par une méthode dérivée de
la technique de HRYNTSCHAK. Facilité des suites opératoires.
Thèse de Paris, 1955, n° 456.
- 109 - GEORGE B., KELLY A. -
Prostatectomie sus-pubienne. A propos de 937 cas.
J. Urol. (Baltimore), 92, 1964, 215-220.
- 110 - GOLDMAN E.J., SAMELLAS W. -
Hémorragies au cours des prostatectomies.
J. Urol. (Baltimore), 86, 1961, 637-640.
- 111 - GOLDSTEIN A., ROBIN S. -
L'occlusion complète de l'orifice vésical après prostatectomie supra-pubienne. Revue de la littérature et rapport de trois cas.
J. Urol. (Baltimore), 60, 1948, 499-507.
- 112 - GOLDSTEIN A.E., GOLDEN M.R., SILBERSTEIN -
Hémorragies post-opératoires après prostatectomie .
J. Urol. (Baltimore), 71, 1954, 63-66.

- 113 - GOMEZ J.M., SANCHEZ A.H.T. -

Morbi-mortalité dans l'adénomectomie. Notre expérience chez 200 prostatiques.

Rev. Argent. Urol., 20, 1951, 296-303.

- 114 - GONDER M.J. -

Cryochirurgie prostatique expérimentale.

Invest. Urol., 1, 1964, 610-619.

- 115 - GONZALES G., GOMEZ J.M., GALABRAGA J.M. -

Notre expérience du traitement chirurgical de l'adénome prostatique.

Rev. Argent. Urol., 19, 1950, 19-26.

- 116 - GOODHOPE C. -

L'effet des œstrogènes sur l'hémorragie des prostatectomies.

J. Urol. (Baltimore), 84, 1960, 386-389.

- 117 - GOODYEAR W.E. -

Hémorragie au cours des prostatectomies.

J. Urol. (Baltimore), 62, 1949, 849-857.

- 118 - GORSEL A.E. -

Une évolution des divers procédés chirurgicaux dans l'hypertrophie prostatique et les résultats obtenus.

Bull. Soc. Türk. Med., 95, 1951, 343-349.

- 119 - GRILLET L. -

Place de la mèche au cours de l'adénomectomie par voie trans-vésicale.

Thèse Paris, 1961, n° 347.

- 120 - GUIDO BOEHM L. -

Retour à la prostatectomie transvésicale. Notes sur une technique personnelle.

Urologia, (Trevisio), 18, 1951, 322-328.

- 121 - GUILLAUME P. -

Les indications du traitement chirurgical de l'adénome prostatique. Une technique d'adénomectomie transvésicale suivant la méthode de FREYER.

Thèse Montpellier, Janvier 1952, n° 41.

- 122 - GULDMAN E.J., SAMELLAS W. -
Hémorragies au cours des prostatectomies.
J. Urol. (Baltimore), 86, 1961, 637-640.
- 123 - HALE R.W. -
Les effets hémostatiques et analgésiques de l'hypothermie après prostatectomie.
Ann. N.Y. Acad. Sci., 115, 1964, 381-382.
- 124 - HARRIS R.G.S. -
La morbidité après prostatectomie sus-pubienne.
Med. J. Aust., 42, 1955, 917-919.
- 125 - HARRIS S.H. -
Prostatectomie avec fermeture complète de la vessie.
Med. J. Aust., 15, 1928, 288-293.
- 126 - HARRIS S.H. -
Prostatectomie avec fermeture, cinq ans d'expérience.
Brit. J. Surg. (Bristol), 1934.
- 127 - HASCHEK H. -
A propos d'une technique d'hémostase dans les prostatectomies sus-pubiennes.
Urologie, 2, 1963, 156-159.
- 128 - HASCHEK H., PUM H. -
Prostatectomie sus-pubienne en un temps avec fermeture de la vessie. Revue de 1000 cas.
Urol. Int. (Basel), 15, 1963, 52-64.
- 129 - HENCZ J. -
Une nouvelle méthode d'hémostase au cours des prostatectomies transvésicales avec fermeture primaire de la vessie.
Acta. Chir. Acad. Sci. Hung., 3, 1962, 161-167.
- 130 - HENNIG O. -
Hémostase de la loge prostatique après énucléation des noyaux adénomateux péri-uréthraux.
Z. Urol., 47, 1954, 77-87.
- 131 - HENRIET R. -
Cerclage hémostatique pour prostatectomie.
J. Urol. Nephrol., 70, 1964, 668-669.

132 - HORWITCH M. -

Tube d'aspiration pour prostatectomie de FREYER.
Lancet, 1960, 630.

133 - HRYNTSCHAK T. -

Sur la prostatectomie sus-pubienne transvésicale avec
fermeture immédiate de la vessie selon la technique
de HRYNTSCHAK.

J. Urol. (Baltimore), 55, 1949, 337-341.

134 - HRYNTSCHAK T. -

Prostatectomie sus-pubienne. Technique personnelle.
J. Urol. Nephrol., 55, 1949, 337-341.

135 - HRYNTSCHAK T. -

Les succès de la prostatectomie sus-pubienne d'après
la méthode personnelle.

Z. Urol., 2, 1951, 153-157.

136 - HUANG C., HSIENT TING ST., CHANK K.K. -

Introduction à l'étude d'une nouvelle méthode de pros-
tatectomie sus-pubienne.

Zhong Woike Z., 10, 1962, 799-800.

137 - IMMERGUT M. -

Une nouvelle méthode pour contrôler les hémorragies
après prostatectomie.

Ohio St. Med. J., 60, 1964, 244-245.

138 - JAMES W., HEADSTREAM A. -

Abandon de la sonde à ballonnet dans les prostatecto-
mies.

J. Urol. (Baltimore), 66, 1951, 765-769.

139 - JEEJEEBHOY H. -

Analyse des facteurs de mortalité et de morbidité après
prostatectomie. Description d'une technique personnelle.

Brit. J. Urol., 33, 1961, 178-192.

140 - JICHLINSKI D. -

A propos des hémorragies au cours des prostatecto-
mies.

Urol. Int. (Basel), 15, 1963, 257-263.

141 - KELLY G.L., SILBERGLEIT A., BERKAS E.M. -

Prostatectomie sus-pubienne, rapport de 377 cas.

J. Urol. (Baltimore), 92, 1964, 215-216.

142 - KINMAN L. M. -

Contrôle de l'hémorragie après prostatectomie sus-pubienne par ligature bilatérale des artères hypogastriques.
Arch. Surg., 87, 1963, 887-891.

143 - KLEIMAN A. H. -

Une nouvelle voie d'abord de la prostate.
J. Int. Coll. Surg., 42, 1964, 637-647.

144 - KORNHONEM A. -

La technique opératoire et le traitement consécutif de la prostatectomie transvésicale.
Acta. Chir. Scand., 96, 1948, 413-419.

145 - KRAHN N. -

Comparaison des prostatectomies sus-pubiennes avec ou sans fermeture du col vésical.
J. Urol. (Baltimore), 96, 1966, 83-85.

146 - KUHMELE E. -

Résultats tant précoces qu'éloignés de 131 prostatectomies selon la technique de FREYER.
Zbl. Chir., 84, 1959, 781-800.

147 - LACAL F. -

Prostatectomie transvésicale à ciel ouvert.
Contribution à son étude.
Rev. Argent. Urol., 17, 1948, 739-747.

148 - LAHAYVILLE M. -

Sur 275 prostatectomies Freyer-Millin-Hryntschak.
J. Urol. Nephrol., 61, 1955, 440-442.

149 - LARGET P. -

Deux techniques simples de prostatectomie.
Gaz. Med. Fr., 67, 1960, 1125-1128.

150 - LEADBETTER G.W. Jr., DUXBURY J.H. -

Peut-on améliorer la prostatectomie ? Technique dérivée de celle de FREYER.
J. Urol. (Baltimore), 82, 1959, 600-606.

151 - LEBLANC G.A.A., RICHARDSON J.F. -

Suppression du drainage au cours des prostatectomies sus-pubiennes.
J. Urol. (Baltimore), 86, 1961, 431-433.

152 - LEBRUN P. -

La prostatectomie simplifiée.
J. Urol. Nephrol., 54, 1948, 30-37.

153 - LEGER L. -

Une technique de prostatectomie aseptique.
France Med., 60, 1948, 168-172.

154 - LENTINI F. -

Une nouvelle méthode de fermeture de la brèche vésicale. Technique nouvelle de prostatectomie.
Policlinico, Sez. Chir., 65, 1958, 1380-1392.

155 - LEONHARDT K.O. -

Hypothermie locale de la vessie dans le contrôle des hémorragies après résection trans-urétrale.
Anesthesist., 11, 1962, 80-81.

156 - LETAC R., BEZE H., d'ALMEIDA J. -

L'adénomectomie prostatique par voie transvésicale élargie suivant la technique de FABRE.
Bull. Med. A.O.F., 2, 1957, 214-220.

157 - LHEZ A., CAISSEL J. -

Adénomectomie par voie transvésicale.
Encyclopédie Médico-Chirurgicale. Techniques-Urologie-Gynécologie, 41.285, 3 - 16 - 01.

158 - MAC CALISTER C. -

Contrôle de l'hémorragie au cours des prostatectomies.
J. Urol. (Baltimore), 87, 1962, 930-934.

159 - Mc EACHERM A.C. -

L'évolution de la sécurité au cours des prostatectomies.
Ann. Roy. Coll. Surg. Eng., 22, 1958, 151-176.

160 - MACKLER S.A. -

Contrôle de l'hémorragie par hypothermie locale après prostatectomie.
J. Int. Coll. Surg., 44, 1965, 37-43.

161 - Mc NICOLL G.P. -

L'emploi de l'acide epsilon-amino-caproïc inhibiteur de l'activité fibrinolytique dans le traitement des hématuries post-opératoires.
J. Urol. (Baltimore), 86, 1961, 829-837.

162 - MALAMENT M. -

Hémostase parfaite au cours des prostatectomies sus-pubiennes.

Surg. Gynec. Obstet., 120, 1965, 1307-1312.

163 - MALHERBE C. -

L'adénomectomie prostatique par voie transvésicale avec hémostase indirecte par sonde ballon. La technique DELINOTTE, sa réalisation, ses résultats. A propos de 1548 cas.

Thèse Paris, 1962, n° 379.

164 - MALOF N.S.R. -

Prostato-adénomectomie transvésicale avec fermeture primaire de la vessie.

J. Urol. (Baltimore), 82, 1959, 531-545.

165 - MALTESE D., LEROY C.A. -

Considérations sur les divers procédés de prostatectomie.

J. Urol. Nephrol., 62, 1956, 268-276.

166 - MARTIN-LAVAL M. -

Résultats de 134 prostatectomies à la LEBRUN.

J. Urol. Nephrol., 61, 1955, 439-440.

167 - MARTINS-COSTA -

Etude critique des voies d'abord de la prostate pour le traitement de l'adénome. Présentation d'une technique personnelle.

J. Urol. Nephrol., 57, 1951, 322-326.

168 - MAYER R.F., MATHES G.L. -

Contrôle de l'hémorragie au cours de la chirurgie prostatique.

J. Urol. (Baltimore), 86, 1961, 641-645.

169 - MEINARDI E. -

Le développement des techniques chirurgicales en matière d'adénomectomie.

Minerva Urol., 14, 1962, 59-65.

170 - MICHALOWSKI E. -

Suture hémostatique au cours des prostatectomies sus-pubiennes.

Urol. Int. (Basel), 21, 1966, 549-552.

171 - MICHAUD B. -

Notes sur la technique de l'énucléation au doigt de l'adénome prostatique.

Ann. Chir., 20, 1966, 1390-1392.

172 - MICHON R. -

Prostatectomie rétro-pubienne.

Mem. Acad. Chir. (Paris) 74, 1948 , 355-360.

173 - MONTAGUE L. -

Prostatectomie sus ou retro-pubienne.

J. Urol. (Baltimore), 76, 1956 , 625-636.

174 - MORRIS D.G. -

Description de la prostatectomie de HARRIS modifiée par HRYNTSCHAK.

Brit. J. Urol., 33, 1961 , 530-537.

175 - NEDELEC M. -

Comment opérer un adénome prostatique.

Gaz. Med. Fr., 64, 1957 , 763-771.

176 - NEGRE A. -

Prostatectomie simplifiée en un temps. Drainage continu per et post-opératoire de la vessie fermée.

Toulouse Med., 65, 1964 , 445-449.

177 - NOVACK -

Quelques expériences concernant la méthode HRYNTSCHAK-HARRIS en appliquant le principe de la prostatectomie immédiate.

Chirurg. , 29, 1958 , 465-467.

178 - NOVAK R. -

Prostatectomie transvésicale sous application de sonde urétrale en cas de rétention prostatique aiguë.

J. Urol. Nephrol., 69, 1963, 299-302.

179 - ODDO V.J. -

Un nouveau cathéter hémostatique pour prostatectomie.

J. Urol (Baltimore), 80, 1958 , 504-508.

180 - PALOMO A. -

Nos critères d'hémostase du lit prostatique au cours des adénomectomies.

Rev. Col. Med. Guatemala, 15, 1964, 86-93.

181 - PASTEAU M. -

La prostatectomie transvésicale avec hémostase contrôlée et fermeture immédiate.

Thèse Bordeaux, 1955.

182 - PATURET G. -

Traité d'Anatomie Humaine.

T. III, 1958.

183 - PEARSON B. -

Une méthode perfectionnée de prostatectomie.

Med. J. Aust., 46, 1959, 36-40.

184 - DE LA PENA A., ALCINA E. -

Prostatectomie sus-pubienne. Une nouvelle technique pour prévenir les hémorragies.

J. Urol. (Baltimore), 88, 1962, 86-90.

185 - PICARD Y. -

A propos de la prostatectomie selon Th. HRYNTSCHAK.

Thèse Clermont, 1961.

186 - PICAUD A.J., POUCEL J. -

A propos de la prostatectomie de LEBRUN.

Concours Med., 78, 1956, 5077-5078.

187 - POIRIER P., CHARPY A. -

Traité d'Anatomie Humaine.

T. II, 1901.

188 - POWER J. -

Prostatectomie transvésicale en un temps.

Brit. J. Surg., 45, 1958, 529-531.

189 - PUIGVERT A. -

Quelques séquelles obstructives de la prostatectomie.

J. Urol. Néphrol., 56, 1950, 156-169.

190 - PUIGVERT A. -

L'adénomectomie transvésicale avec hémostase.

J. Urol. Néphrol., 64, 1958, 725-736.

191 - PUIGVERT A. -

Prostatectomie transvésicale hémostatique.

Arch. Esp. Urol., 17, 1964, 185-200.

192 - PUIGVERT A., MARTINEZ A. -

Prostatectomie hémostatique sus-pubienne.
J. Int. Coll. Surg., 41, 1964, 611-619.

193 - RAYMOND F., MAYER, GORDON L. -

Un moyen de contrôle de l'hémorragie au cours de la chirurgie prostatique.
J. Urol. (Baltimore), 86, 1961, 641-645.

194 - REBAUDI L. -

Hémostase dans l'opération à ciel ouvert pour adénome prostatique. Technique personnelle.
Rev. Argent. Urol., 24, 1955, 696-698.

195 - RIGONDET G. -

A la recherche de suites immédiates idéales après prostatectomie.
Diurèse forcée à la Furosemide.
A.F.U. 60ème Session, Paris 1966.

196 - ROCCATAGLATA R. -

Evolution de l'opération de FULLER-FREYER en Argentine.
Rev. Argent. Urol., 17, 1948, 325-334.

197 - ROCCATAGLATA R. -

Rationalisation de l'adénomectomie prostatique transvésicale.
Rev. Argent. Urol., 17, 1948, 388-395.

198 - RODECK G. -

La prostatectomie sus-pubienne selon la méthode de FREYER, sous protection efficace contre l'infection.
Zbl. Chir., 80, 1955, 876-886.

199 - ROMETTI A. -

Colloque sur l'adénomectomie en un temps.
J. Urol. Néphrol., 61, 1955, 445-446.

200 - ROMETTI A. -

Adénomectomie transvésicale en un temps avec sonde ballon. Essai de fermeture secondaire de la vessie.
J. Urol. Néphrol., 63, 1957, 786-788.

201 - ROMETTI A., SENNI J. -

L'adénome prostatique à travers les âges.
Concours Méd., 83, 1961, 1993-2000.

202 - ROMETTI A. -

Adénomectomie avec irrigation continue par une sonde-ballon à double courant.

J. Urol. Néphrol., 71, 1965, 988-989.

203 - ROMETTI M. -

Colloque sur l'adénomectomie en un temps.

J. Urol. Néphrol., 61, 1955, 445-446.

204 - ROMETTI M., SENNI C. -

A propos d'une technique d'adénomectomie transvésicale.

J. Urol. Néphrol., 66, 1960, 810-819.

205 - ROMETTI M. -

Irrigation continue après adénomectomie transvésicale.

J. Urol. Néphrol., 68, 1962, 825-827.

206 - ROTHE A. -

Les vaisseaux de la prostate.

Z. Urol., 40, 1947, 125-150.

207 - ROUVIERE H. -

Traité d'Anatomie Humaine.

Paris 1954.

208 - ROWE R.B., WOEFER H.S. -

Fermeture primaire après prostatectomie sus-pubienne.

J. Int. Coll. Surg., 29, 1958, 413-421.

209 - RUFFO A. -

Hypothermie et son application en urologie.

Presse Med., 73, 1965, 293-294.

210 - SALOMON H. -

Complications observées dans les suites de l'adénomectomie prostatique par énucléation à vessie ouverte.

Thèse Paris 1961, N° 342.

211 - SAMAIN A. -

Le problème de l'hémorragie opératoire et post-opératoire dans la chirurgie de l'hypertrophie prostatique.

Acta Chir. Belg., 58, Mai 1959, 495-499.

212 - SAUVAGE R. -

Adénomectomie prostatique simplifiée en laissant la vessie ouverte.

Acta Urol. Belg., 33, 1965, 435-440.

213 - SCADE N., et Coll. -

Les hémorragies au cours de la chirurgie prostatique.
Brit. J. Urol., 36, 1964, 399-405.

214 - STUMP G.D., THUMANN R.C. -

Notes préliminaires sur une méthode de fermeture primitive de la vessie, utilisant une gaze résorbable.
J. Urol. (Baltimore), 67, 1952, 95-100.

215 - TALAZAC A. -

La prostate. Sa vascularisation normale et pathologique.
Thèse Toulouse, 1958, N° 57.

216 - TAYLOR W.H., KAYLOR W.M., TAYLOR J.M. -

Prostatectomie retro et sus-pubienne. Etude comparative.
J. Urol. (Baltimore), 74, 1955, 129-137.

217 - TERQUEM J., TESTAS P., PREYSSAS J. -

La prostatectomie en un temps selon HRYNTSCHAK.
A propos de 21 cas.
Gaz. Med. Fr., 66, 1959, 255-260.

218 - TERVER P.F. -

Prostatectomie transvésicale en un temps chez un homme de 95 ans.
J. Urol. Néphrol., 68, 1962, 665-669.

219 - TESTUT L., LATARJET A. -

Traité d'Anatomie Humaine.
Paris 1928.

220 - THIMMAN R.C. Jr., STUMP G.D. -

Prostatectomie sus-pubienne, transvésicale avec fermeture primitive de la vessie.
J. Urol. (Baltimore), 67, 1952, 95-99.

221 - THOMAS M. -

Contrôle de l'hémorragie après prostatectomie. Utilisation de gaze résorbable.
J. Urol. (Baltimore), 91, 1964, 400-401.

222 - THOMAS P.A. -

Prostatectomie en un temps. Etude comparée des méthodes de FREYER, THOMSON, WOELKER, MILLIN.
J. Indian. Med. Ass., 44, 1965, 21-26.

223 - SESIA G., CASSARINO E. -

Technique et résultats de la prostatectomie transvésicale en un temps.

Minerva Chir., 20, 1965, 851-857.

224 - SILBERG S.J. -

Article préliminaire sur le cathétérisme combiné pour prostatectomie sus-pubienne.

J. Urol. (Baltimore), 80, 1958, 275-276.

225 - SILVERSTON R.J. -

L'adénomectomie prostatique transvésicale.

Méd. J. Aust., 42, 1955, 210-216.

226 - SINGER G. -

Contribution à l'étude du système artériel de la prostate.

Rev. Argent. Urol., 24, 1955, 710-716.

227 - SOANES W.A. -

Appareillage et technique de la cryochirurgie prostatique.

J. Urol. (Baltimore), 96, 1966, 508-511.

228 - SOANES W.A. -

La cryochirurgie prostatique.

J.A.M.A., 196, 1966, suppl. N° 29.

229 - SORNIN F. -

Contribution à l'étude de la prostatectomie simplifiée.

Thèse Lyon, 1950, n° 75.

230 - STREET S. -

Ligature des vaisseaux avant l'énucléation de la prostate.

J. Int. Coll. Surg., 39, 1963, 40-45.

231 - TRAUTMANN P., DUTTER E. -

Hémorragie par incomptabilité sanguine après adénomectomie prostatique.

Strasbourg Med., 8, 1957, 504-507.

232 - TRUC E., MALAFOSSE P. -

Considérations sur la prostatectomie suivant la technique de HARRIS-HRYNTSCHAK. Résultats de 100 cas.

Montpellier Med., 47, 1955, 369-375.

233 - TRUC E. -

Le traitement de l'adénome prostatique depuis HIPPOCRATE.

Montpellier Med., 50, 1958, 155-164.

234 - TRUC E., HENRIET R., LEVALLOIS M. -

A propos de l'opération de LEBRUN. Détails techniques. Indications particulières et relatives dans le traitement de l'adénome prostatique.

J. Urol. Néphrol, 66, 1960, 883-885.

235 - TUBENKIM M.I., MAWDSLEY D.L., OPPENHEIMER R. -

Ligature des artères hypogastriques. Indications et techniques.

J. Urol. (Baltimore), 85, 1961, 36-42.

236 - UGGERI C. -

Modification personnelle de la prostatectomie de FREYER.

Minerva Med., 50, 1959, 2424-2425.

237 - VASIOIU J. -

Adénomectomie transvésicale avec fermeture temporaire de la loge prostatique.

Presse Med., 72, 1964, 1255-1256.

238 - WELL G.H. -

Prostatectomie sus-pubienne en un temps avec fermeture primitive de la vessie.

J. Int. Coll. Surg., 19, 1953, 623-627.

239 - ZIBI M'TSAMA A. -

La prostatectomie sous dépression.

Thèse Lyon, 1966, N° 53.

240 - ZIEGLER H. -

Morphologie de la prostate.

Urol. Int. (Basel), 2, 1956, 251-260.

241 - ZIMMERMAN I.J. -

L'art de l'adénomectomie à l'âge de l'automation. Technique de FREYER.

J. Urol. (Baltimore), 76, 1956, 766-768.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	1
LES SOURCES DE L'HEMORRAGIE	5
LA TECHNIQUE	9
OBSERVATIONS ET RESULTATS	27
CONCLUSIONS	53
BIBLIOGRAPHIE	55
